كتاب

الأمراض التناسلية

وعلاجها وطرق الوقاية منها

تأليف

الدكتور فخري

طبيب الجلد والأمراض التناسلية

عنيت بنشره

المطبعة العصرية

صندوق البوسطة نمرة ٩٥٤ مصر

مؤلفات الدكتور فخرى

«١» المرأة وفلسفة التناسليات .

«٢» انتشار البغاء والامراض التناسلية بالقطر المصرى .
والطرق الممكن اتباعها لمحاربتها .

«٣» التناسل فى الحيوان والنبات والانسان .

«٤» هل تتساوى المرأة بالرجل فى جميع الحقوق والواجبات .

«٥» الضعف التناسلى عند الذكور والاناث .
« انواعه وطرق الوقاية منه وعلاجه »

لك يا مصر ولشبيبتك ولمن يدرسون الطب من أبنائك

أقدم كتابي هذا بالعربية علك تقولين يوماً ما انني قمت بعشر

معشار الواجب على كطبيب مخلص لبلاده ولغته

دكتور فخري

مقدمة الطبعة الثانية

لكتاب الأمراض التناسلية

عنيت فى هذه الطبعة بالتوسع فى بكتيريولوجيا و باتولوجيا الامراض التناسلية ، وأكبر تغيير فى هذه الطبعة يوجد فى بابى العلاج فى مرض الزهرى والسيلان ، واجتهدت - بقدر ما يسمح به حجم مثل هذا الكتاب - فى أن أشرح قيمة فحص الدم فى مرض الزهرى ، وما عدا ذلك فهو زيادة فى عدد الصور التى قد تنير أذهان القارىء عن بعض أنواع الامراض

وقبل أن أختتم هذه المقدمة أقدم جزيل شكرى لحضرات الزملاء الذين تنازلوا بتوجيه نقدهم القيم عن الطبعة الأولى وقد يكون كثير من الاصلاح فى الطبعة الثانية عائداً الى عنايتهم ومساعدتهم .

وأشكر حضرات من شكرتهم فى الطبعة الأولى لاستمرارهم فى مساعدتى على تجهيز هذه الطبعة ؟

دكتور فخرى

مصر ٨١ شارع الملكة نازلي

مقدمة

لما قام المؤلف بالقاء محاضراته عن « الأمراض التناسلية وعلاجها وطرق الوقاية منها » بالجامعة المصرية فى سنتها الدراسية (١٩٢١ – ١٩٢٢) كانت تأتية الرسائل من جهات مختلفة يطلب فيها كاتبوها نسخاً من هذه المحاضرات فلم ير بدأ من إجابة طلب الشبيبة . وفعلاً كتب هــذه المحاضرات وكان عازماً على طبعها وقبل أن ينفذ عزمه هذا قامت الضجة الهائلة حول تعليم الطب باللغة العربية . ولما كان المؤلف ممن يقولون بهــذا الرأى فقد غيَّر وحوَّر فى محاضراته ليخرجها فى شكل كتاب يليق بأن يقدم كدليل بسيط على أننا اذا أردنا أن نكتب مؤلفات لطلبة الطب بالعربية فيمكننا تميم ذلك خصوصاً اذا تعاونت المهنــة وقام كل بالتأليف أو الترجمة فى الفرع الذى وقف حياته على الاشتغال به ودراسة مباحثـه وأسراره . ولما كانت شبيبة البلاد فى حاجة للاطلاع على حقيقة هــذه الأمراض فقد لاحظ المؤلف ذلك فى لغة الكتاب التى جعلها بسطية للغاية وقد تحاشى استعمال الألفاظ الفنية بقدر الامكان حتى يسهل على كل شخص متعلم غير رجال الطب فهم كتابه . وفى الواقع ونفس الأمر يمكننا أن نقول أن كل قارىء دقيق يمكنه فهم الكتاب جيداً اذا استثنينا باب وصف (زهرى الجلد) . ولا داعى لتأكيد المبدأ القائل أنه « لا توجد مشقة فى فهم أى موضوع طالما يريد القارىء فهمه » وتطبيقاً لهذا المبدأ يمكننا أن نقول ان كل قارىء دقيق يمكنه أيضاً فهم باب (زهرى الجلد) فهماً تقريبياً اذا طالعه ببطء وتأن .

ويرى المؤلف أن يعتذر عن عدم شرح بكتيريولوجيا و باتولوجيا هذه الامراض

شرحًا مطولاً لضيق المقام وصغر حجم الكتاب [١] . وقد أسهب قليـلاً فى وصف العلاج الحديث مؤملاً أن يقدم خدمة صغيرة لحضرات زملائه الأطباء الذين لايجدون متسعاً كافياً من وقتهم لمطالعة تفاصيل هذه العلاجات . وقد اختصر المؤلف فى وصف بعض المواضيع تاركاً تفاصيل هـذه الأبواب لمؤلف أكبر من هذا نعـد القارىء به عندما يتم . وأما طريقـة المؤلف فى وضع الألفاظ الفنية فقد وصفها ودافع عنهـا فى الجرائد اليومية أيام كان بعض المهتمين بتعليم الطب بالعربية يشغلون جزءاً من أعمدة هذه الجرائد . ولا بأس من ذكر شىء هنا لتبرير طريقته ولذا نقول :

ان الطب علم قديم حقيقة وقد نبغ فيـه المصريون واليونان والعرب وغيرهم من الأمم القديمة ولكن الحقيقة هى أن الطب الحـديث يختلف تماماً عن الطب القديم . وفى الواقع ان علم الطب الحديث لم يبدأ الا بعد اكتشاف الدورة الدموية والميكروسكوب. وبعد هذين الاكتشافين كثرت المباحث واتسعت المؤلفات واضطر العلماء لاستعمال آلات وعقاقير لم تكن موجودة ولم يحلم بها رجال الطب الاقدمون . واضطر العلماء بطبيعـة الحال لايجاد أسماء لكل شىء حديث . ومنعاً للتحاسد بين الأمم الراقية وتعميماً لفائدة الاكتشافات والمباحث اصطلح العلماء على استعمال أسماء لكل جديد فى فنهم يركبونها من اللغتين الواسعتين العتيقتين (اللاتينية واليونانية)[٢] فصار الفرنسى والانجليزى والالمـانى والنمساوى والايطالى واليابانى والروسى وغيرهم يستعملون إسماً واحداً علمياً فى اصطلاحاتهم وأصبحت الاصطلاحات العلميـة الفاظاً (دولية) أى (اينترناشيونال) وبذا سهل على الانجليزى الذى يعرف الالمانية ولو قليلا أن يفهم المؤلفات والمجلات الالمانية وكذلك الألمانى يفهم الكتب العلمية الفرنسية وهكذا . حتى قام المصريون يطالبون باستعمال اللغـة العربية فى تعليم الطب . وهنا

---

(١) سقطت فى الطبعة الاولى لفظتا « شرحاً مطولا »

(٢) وقد كان هذا شأن الامم العربيـة لما كانت مطالب معيشتها منحصرة فى شئون معينة وأطوار خاصة . كالحروب وأدواتها والفيافى وحيواناتها ونباتاتها وغيرها . فلما شعروا باحتياجهم لالفاظ تزيد عما كانوا يستعملونه لذلك ولم يجدوا الفاظاً تكفيهم للتعبير الدقيق عن هـذه المعانى الحيوية « فلم يأنفوا من أن يتناولوا اسمه الاعجمى ويلبسونه مشلحاً وعقالا فيصبح عربيا »

« جمال الدين الافغاني »

نقف أمام مبحثين مهمين : المبحث الأول هو تعصبنا الاعمى للغـة العربية الذى قد يقودنا عن غير قصد لقتل هذه اللغة واخراجها من مصاف اللغات العظيمة التى تصلح لدراسة العلوم كما فعل من سبقنا من محبيها حباً جماً وعاشقيها عشقاً دفعهم لحمايتها من دخول الألفاظ الفنية فيها فحكموا علينا وعلى كل عارفيها بالعجز التام عن استعمالها فى دراستهم . والمبحث الثانى هو تنفيذ رغبتنا الصادقة فى جعـل اللغة العربية لغة علمية حديثة ليدرس بها أبناؤنا وتكتب بهـا مؤلفاتنا وتتسع المكتبة العربية وتصير غنية بدرجة لا تحقـرنا كما هى الحال الآن . ولا يتأتى لنا ذلك الا اذا تمكن الطالب الذى يدرس باللغات الاجنبية . ولا يمكننا أن نحلم بذلك الا اذا مكنا الطالب الذى يدرس بالعربية من أن يصير قادراً على مراجعة الكتب والمجلات الفنية الأجنبية تمكيناً أمكننا كما يفعل زميله الأجنبي . ولا يقدر من يدرس العربية أن يفهم هذه الكتب والمجلات الا اذا عرف اللغات الأجنبيـة والاصطلاحات الفنية كما هى فى هذه اللغات . نعم قد يقول بعضهم لا لزوم لادخال الفاظ أجنبيـة فى اللغة العربية وتكفى الطالب معرفته اللغة العربية أو الانجليزية لفهم مؤلفات هاتين اللغتين . ولكننا نرد على هؤلاء بقولنا أنه لا يمكن هذا الطالب فهم هذه المؤلفات الاجنبية لأنه ان يفهم الاصطلاحات العلمية بها اذا درس العلم بالعربية التى لم ندخل بها هذه الاصطلاحات . لأن الانجليزى والفرنسى لا يفهمان الكتب الفنيه المكتوبة فى لغتهما لوجود ألفاظ فنية بها لم يدرساها قبلا . وليلاحظ حضرات المدافعـين عن نظرية « عدم ادخال الالفاظ الأجنبية فى كتبنا العربيـة » ان الطالب — خصوصاً طالب الطب — يلاقى مشـقة هائلة فى حفظ الاصطلاحات العلمية واستبقائها فى رأسه حتى تثبت فى ذاكرته بواسطة المراجعة الكثيرة والاطلاع الواسع . فما بالهم يريدون منه أن يحتمل مشقتين مشـقة الدراسة الاولى وشقاء حفظ اصطلاحات أجنبية أخرى ليفهم بها المؤلفات والمجلات التى ستجعله طبيباً قادراً عالماً و بدونها لا يكون الا حاملا ورقة تشهد له بأنه حفظ بضـعة كتب لا تقدم ولا تؤخر فى علم الطب لأنها كتبه المدرسية التى ستكون بطبيعة الحال قليلة ومحدودة . ونقول أيضاً للمدافعين عن هذه النظرية « واذا لم ندخل الاصطلاحات الفنية الأجنبية فى لغتنا فأين نجد اصطلاحات نستعملها ؟ » نعم قد يقولون ان اللغـة

العربية التى وسعت كتاب الله لا تعجز عن أن تسع اصطلاحات فنيـة . هذا حقيق ونحن نجل اللغة العربية ونحبها ونحترمها ولذا نكتب مؤلفاتنا بها . ولكن أين نجد هذه الاصطلاحات ؟ ان العلوم العصرية علوم نبغت حديثاً وكل الاكتشافات والاختراعات حديثة وأسماؤها وضعت حديثاً فلا يوجد بين كل ما استعمله العرب من الأسماء مثيل لها . يقولون نضع لها اصطلاحات عربيـة صميمة فنوافقهم لمجرد تتميم المبحث ونسألهم « هل نجنى ثمرة من وضع اصطلاحات فنية عربية استبدادية ؟ وهل يقدر الطالب بعد ذلك على فهم المؤلفات والمجلات الاجنبية ؟ » كلا . كما قلنا سابقا . وغاية ما نجنيه هو وضع عدة ألفاظ — اذا قدرنا — لتدل على مسمى كل العالم يعرفه باسم واحد ونحن نخلق له اسماً آخر لنقف به فى سبيل تلاميذنا لنعجزهم عن فهم ما يفهمه رجال الدنيا فى أى قطر كانوا . وهل سنصـل فى نبوغنا عند وضع اسم فنى لنبوغ ذاك الذى سمى (الاوتوموبيل) سيارة ؟ !! ولست أدرى ماذا جنته اللغـة العربية من المكاسب باستعمال لفظة سيارة دلالة على (الاوتوموبيل) . . ؟ ! ان لفظة (اتوموبيل) الاجنبية لها معنى فنى أى انها آلة « تتحرك بنفسها » ولكن لفظة سيارة معناها لغة كل ما سار أو من سـارت على الارض فهى سيارة . (فالمركب) سيارة و (العربية) سـيارة و (الحمارة) سيارة و (السيدة) سيارة . واذا حاسبنا ضمائرنا لوجدنا أن الفلاح فى القرى وبعض (الافندية) غير المتعلمين جيداً لا يفهمون الا لفظة (اوتوموبيل) او (اوترومبيل) واذا قلت لواحد منهم « احضر لى سيارة » لوقف أمامك (كالحمار) فاتحاً فاه . . . ولست أدرى لماذا يفهم أهل القطر كلهم لفظة (تلغراف) ولماذا لانضع له اسما آخر ؟ وأدق اسم يدل عليه فنياً بالعربية سيكون طبعا « آلة ترسل بها رسالة أو اشارة من بلد لبلد قريبة أو بعيدة بدون أن يحملها شخص أو (وابور) او طيارة أو حمار أو عفريت » . وهل خسرت اللغة العربية حصناً من حصونها وهل دك ركن من أركانها لما استعملنا ديمقراطية . واوتوقراطية . وأريستوقراطية . وبولشفية . ولاسلكية . وداروينيزم . وبولويزم . وغيرها من الالفاظ التى يفهمها الآن حتى من لا يعرفون لغة أجنبية . هذا من جهة ضعف الالفاظ التى سنصطلح عليها عن التعبير عن معناها الحقيقى . ولكن ما بالهم لا يفكرون فى ارتباط كل العلوم الحديثة ببعضها

واحتياج طالب هذا العلم لمعرفة اصطلاحات ذاك العلم الآخر . وهل سيتفق واضع اصطلاحات علم الفيسيولوجيا [١] مع واضع اصطلاحات الطب الاكلينيكى مع واضع الاسماء التشريحية مع واضع اصطلاحات الجراحة . . الخ . وهل سيتفق هؤلاء جميعاً مع من يضعون الاصطلاحات الطبيعية والكيماوية والميكانيكية . الا أن مثل هذا الاتفاق صعب وشاق بل ربما كان مستحيلا عملياً ولو انه سهل جداً عند ادعائه فى المقالات والجدل . واخيراً بعد ما نستبد بالطالب ونضع له اصطلاحات مبتكرة من اللغة هل سنترجم له كل المؤلفات الأجنبية التى يجب عليه الاطلاع عليها ليصبح عالماً . الا ان اصحاب النظرية اغنياء جداً ونشطون للغاية اذ عندهم من المال والرجال الاكفاء المثابرين على العمل بجد ونشاط ما يكفى لعمل ضخم هائل كهذا . أما نحن فنقول بوضع الالفاظ العلمية الاجنبية كما هى مكتوبة بالعربية فمثلا (ڤاجينوسكوب) معناها منظار المهبل . او (يوريثروسكوب) معناها منظار مجرى البول . او (جورنوريال يوريثريتيس) معناها التهاب مجرى البول السيلانى . وفى آخر كل مؤلف نضع كشفاً بهذه الاصطلاحات يكتب فى ثلاثة أعمدة هكذا

منظار المهبل	فاجينوسكوب	Vaginoscopo
منظار مجرى البول	يوريثروسكوب	Urethroscope
التهاب مجرى البول السيلانى	جونوريال يوريثريتيس	Gonorrheal urethritis

ومحافظة على رغبة بعض المعتدلين لا بأس من كتابة أى اصطلاح عربى يكون موجوداً أو الاجتهاد فى ترجمة الاصطلاح الأجنبي ووضع هذه الترجمة أيضاً . ولكن لا بد من وضع الاسم الأجنبى : أولاً لرفع سوء التفاهم الذى قد ينتج من ترجمة مؤلفين مختلفين . وثانياً ليتمكن كل مجتهد من التأليف والترجمة ولا يتقاعس عنهما خوفاً من جهله بالاصطلاحات العربية . وثالثاً ليتمكن الطلبة من معرفة الالفاظ

(١) عفواً ايها القارىء فقد ترجموا فيسيولوجيا هكذا « علم وظائف الاعضاء » مع انه علم دراسة الحياة من جهة الاجهزة (سيستيمز) ونظامها وارتباطها ببعضها وأما هذه الترجمة فهى ترجمة لاسم علم آخر اذا جاز التعبير عنه فيكون فنياً « اورجانولوجيا » فانظر دقتنا حتى فى ترجمة أسماء العلوم نفسها .

الأجنبية كما هى حتى يقدروا على مطالعة الكتب والمجلات الاجنبية . ورابعاً لأن العالم كله يعمل ذلك ونحن لم نرضع لبان العلوم مثلهم ولا نزيد عنهم تعصباً للغتنا . وخامساً توفيراً للمبالغ الطائلة والوقت الثمين اللذين نصرفهما فى وضع اصطلاحات استبدادية لا نجنى منها الا تقهقراً مستمراً فى درجة نبوغ أبنائنا الفنيين . وسادساً لأن اللغة واسطة للتفاهم فقط وليست اللغة غاية نسعى اليها بل بالعكس نعتقد اننا اذا فعلنا ذلك وأدخلنا الألفاظ الاجنبية الفنية على لغتنا فانها تزيد اتساعاً وعظمة . وأما من يخافون على القرآن الكريم أو لغة الشرع القويم من دخول الفاظ أعجمية فى اللغة العربية فقد غاب عن ذهنهم أن القرآن الكريم هو قانون اللغة والبديع والبيان وهو ميزان النحو والصرف فهو حامي حمى اللغة . فطالما هو موجود فلا خوف على اللغة من دخول ملايين الالفاظ الاعجمية فيها .

وقد اتبع المؤلف طريقته هذه فى كتابه ويجد القارىء أكثر الالفاظ الفنية بالعربية وقد وضع المؤلف هذه الترجمة اجتهاداً منه فى ايجاد تعريب لما صادفه من الاصطلاحات ولكنه وضع الاصطلاح الاجنبى بجوار هذه الترجمة ابقاء على ما يريد افهامه للقارىء من المعانى . ويجد القارىء كشفاً بكل الاصطلاحات الاجنبية الواردة بالكتاب فى آخره . وينصح القارىء بمراجعة هذا الكشف جيداً قبل قراءة الكتاب. ويعتذر المؤلف للقراء عن الاغلاط الواردة بالكتاب وهى بسيطة وتسهل على القارىء الكريم ملاحظتها ويمكنه التكرم باغضاء الطرف عنها أو تنبيهنا اليها لنتحاشاها فى الطبعة الثانية . وان تاريخ ظهور بعض المجلات العلمية التى استشهد بها المؤلف لكفيل باظهار حقيقة الزمن الذى تم فيه تجهيز هذا الكتاب . ولو ان قصر الوقت ليس مبرراً لنقائص عمل أى انسان ولكننا نأمل فى عطف القارىء على من أخرج كتاباً هو اول عينة ظهرت فى هذا الفن بالعربية . ويريد المؤلف أن يقدم جزيل شكره لحضرات المؤلفين الذين نقل عنهم بعض الرسوم الواردة بالكتاب وهم العلماء (بوشكه) و (ماكس جوزيف) و (ماك دوناخ)

وقد نقل المؤلف (رسم نمرة ٣٩ ونمرة ٤١ ونمرة ٤٢) عن كتاب التشريح الطوبوغرافى) للعلامة « تبيو » الفرنسى . وبطبيعة الحال قد نقلت هذه الرسوم مع

بعض التغيير فى شكلها ولونها . ولم يضع المؤلف رسوماً ملونة فى كتابه لعدم وجود استعداد كاف لسوء الحظ فى قطرنا لتجهيز هذه الرسوم الملونة . ولا يسعه الا تقديم جزيل شكره لعبد الرحمن افندى كمال الموظف بوزارة الزراعة لتكرمه بعمل الرسوم التى بالكتاب . و يشكر المؤلف ايضاً المسيو قره بت اراكليان الحفار بشارع المدابغ لعنايته فى تجهيز جميع (كليشهات) الصور التى بالكتاب وحضرة محفوظ افندى رزق الموظف بوزارة الزراعة لمساعدته فى تتميم كشف الاصطلاحات الفنية بآخر الكتاب

واذا جاز لغيرى من المؤلفين أن يشكو ولو قليلاً من ادارة المطبعة التى طبع بها كتابه فاننى أرانى عاجزاً عن ايفاء حضرة الياس افندى انطون الياس صاحب المطبعة العصرية شكرى واعلان عظيم امتنانى من حسن معاملته لى ولكتابى ومساعدته التامة فى اخراج كتابى متقناً بقدر ما تسمح الطباعة فى مصر و بسرعة مدهشة . وفى نفس الوقت اقدم شكرى لجميع عمال مطبعته

وأخيراً اسأل المولى توفيقنا لتتميم مؤلفنا الآخر وأتمنى أن ينتفع كل من يقرأ ما نكتب بمقدار وقته الذى يصرفه فى مطالعته .

القاهرة في { ٢٩ صفر سنة ١٣٤١
٢٠ اكتوبر سنة ١٩٢٢ }

دكتور فخرى
طبيب الجلد والامراض التناسلية

مقدمة لمحاضرات المؤلف بالجامعة المصرية

سادتى

كثيراً ما كنت أفكر فى محاربة الامراض التاسلية ولكننى كنت أرى الفرصة غير مناسبة حتى رجعت من المانيا وابتدأت محاربتى لها فى عملى الشخصى بعلاج مرضاها والعناية بهم . ولكننى شعرت ان واجبى يضطرنى لنزول ميدان المعركة جهاراً لا فى قاعات العيادة . وعلى مسمع من الجمهور كله لا فى أذان مرضاى فقط . حتى تنازلت ادارة الجامعة المصرية وسمحت بالقاء هذه المحاضرات هنا فشكرتها من صميم فؤادى وانى على ثقة من ان حضراتكم عند انتهائنا من دراسة هذه الامراض آخر العام ستشعرون بامتنان عظيم وشكر جزيل لمديرى هذا المعهد . وانى اذا ما رجوتكم الاصغاء الى ما تسمعون بقلوبكم واستيعاب ما يلقى عليكم فى افئدتكم فاننى لا أرجو منكم أن تكونوا سامعى محاضرتى باخلاص فقط بل أتمنى أن تتكون منكم بذرة قوية يبدأ بها غرث ثمين من شبيبة راقية متشبعة بمبادىء الفضيلة عارفة حقائق الرذيلة ومصيبة اهمال العفاف . تتمكن من نشر معارفها واقناع الغير بنظريات العلم وعملياته . فتكون حيش فضيلة حقيقى ينبث فى المجتمعات و يتدخل فى مختلف الاوساط فيصير معلماً حقيقيا للشبان ومثالاً صالحاً للاخوان والاقران . وعلى هذا المبدأ أتمنى أن يزيد الاقبال على سماع هذه المحاضرات ولا يقف الحياء الذى لا محل له والخجل من سماع مثل هذه المواضيع فى طريق عدد عظيم أنا أعرف بل اننى متأكد من انه يحب أن يكون حاضراً معنا هنا لولا تخوف بسيط من أن يقال انه أتى هنا ليعرف أشياء لوكان شاباً مستقيماً لما أقبل على سماعها لعدم احتياجه لفهمها لاستقامته وسلوكه الحسن . بل انى اؤكد لحضراتكم ان اكثرية هذه الشبيبة التى تود أن تسمع ولا تقبل على السماع ساقطة الاخلاق وما حياؤها وخجلها من الجلوس على كراسيكم الا حياء وخوف المجرمين من الظهور امام رجال الضبط والامن العام . وليس فى دراسة هذه الامراض أى شبهة تلقى على دارسها من انه مريض بها كما انكم تعلمون ان من

يدرسون الجنائيات من تزوير وسرقة وهتك عرض ليسوا بمجرمين أو ان من يدرسون الامراض من طلبة طب وأطباء ليسوا بمرضى يتألمون من الأوجاع المختلفة . وانني واثق من ان حضراتكم لا تجهلون ان كثرة عدد سامعى المحاضرات لمشجع كبير للمحاضر على الاستمرار فى محاضراته لمصلحة الجمهور . فجريمة هؤلاء النفر الذى يحكم الخجل الكاذب فى تصرفاته جريمة عظمى لأنه يحرم نفسه من الاستفادة بعلوم تقدم له مجانًا ويحرم المحاضر من الاستفادة بتشجيع الجمهور له على الاستمرار فى خدمته العامة . والآن وقد أقبلتم برغبة شديدة وارادة حرة على سماع هذه المحاضرات أرى من واجبى أن أبين لحضراتكم السر فى اهتمام الأمم الراقية بدراسة الامراض التناسلية لتقدروا الموضوع الذى تقبلون على سماع تفاصيله حق قدره . تعلمون حضراتكم أن اهتمام الأمم بدراسة أى موضوع يقاس بحيوية هذا الموضوع للبلاد التى تدرسه أولاً وللهيئة الاجتماعية ثانيًا . فمثلاً تدرس الممالك مسائلها الصناعية درسًا دقيقًا فتفتح لذلك المدارس وتنشىء المصانع وتعقد اجتماعات من الصناعيين وتفتح من حين لحين معارض صناعية لعرض ما جادت به قريحة ابنائها وما صنعت أيدى صناعها الماهرين . وهكذا نرى كل الأمم تدرس هذه الأمراض باهتمام وتفتح لها المستشفيات والآن نراهم يعقدون مؤتمرات متواليــة لفحص المسائل التناسلية وايجاد التعاون التام بين الشعوب لمقاومتها واستئصال شأفتها من البلدان . ولم يتحملوا كل هذه المشاق الا لما رأوا من تأثير هذه الامراض على شعوبهم . ولننظر الآن نظرة عامة فى تأثير مرض واحد من الأمراض التناسلية وهو مرض الزهرى على الفرد والمجموع . أما تأثيره على الفرد فلا ينحصر فى القرحة الزهرية الأولى وما يتسبب عنها من انزعاج نفسانى كثيراً ما تفسد به أعمال عقليــة عظيمة ربما استفادت بها الهيئة الاجتماعية بل يتعدى الى عدوى عامة بميكروب الزهرى الى دم الجسم كله فينتقل المرض من دور قرحة جلدية سطحية الى مرض فى دم الانسان منتشر فى أعضائه الداخلية فى قلبه ورئتيه ومخه وعظامه يفتك بها فتكاً ذريعًا اتمنى أن ينير أذهانكم عنه ما سيأتى فى المحاضرات المقبلة . ويستمر هذا الدور عدة سنين يبقى المريض فى بحرها معرضًا لكل الآفات من تشويه فى وجهه وباقى جسمه الى اتلاف داخلى من فقدان سمع وبصر الى شلل جزئى فى عضو أو أعضاء

إلىٰ شلل تام فى جسمه إلى موت سريع فى شبابه أو موت فجائى فى كهولته. وكلما تقدم العلم فى مباحثه فقدنصل الى اكتشاف عاملاً للزهرى فى كل وفاة تسمعون عنها. هذا ما يصيب المريض نفسه. ولكن المصيبة أعظم اذا فكرتم فيما ينتج عن العدوى التى يقدمها شاب مريض بالزهرى لفتاة نقية طاهرة ينتخبها زوجة له وهو فى دور من المرض لا يسمح له بالزواج. وتصوروا تلك العائلة الجديدة منبعاً للمرض ومعملاً صغيراً يقدم للهيئة الاجتماعية أطفالاً ورثوا عن أبيهم أو أمهم هذا المرض فى عظامهم قبل أن يستنشقوا هواء الحرية وأنفاس الحياة: أخذوا الشقاء وذاقوا البلاء قبل أن تحنو عليهم أم أشقاها القدر بعدوى من زوجها الذى ورثهم عذاب الدنيا قبل أن يورثهم بعض حطامها. وليت البلاء وقف عند حد بضعة أطفال يولدون بأعراض المرض ظاهرة عليهم بل كثير ممن يختطفهم المنون وهم لم يتم نموهم فى أرحام امهم فتسقطهم فى أوائل شهور الحمل هم ضحايا هذا المرض، وكثير ممن يولدون بدون أعراض يزعجهم المرض فى سن الترعرع والنمو وفى سن الطفولة أو الشباب. هؤلاء هم الشبان الذين يشقون بمرض موروث ولا جريمة لهم فيه. كل هذه الضحايا ضحايا الفرد والعائلة يتكون منها مجموع هائل اذا ما تصورتموه لعرفتم أن (ديشاتيليه) العالم الفرنسى لم يكن مبالغاً قط حيث قال: «ليس فى كل الأمراض التى تصيب الادمى أخطر أو أفتك من مرض الزهرى ولا أجد أى مانع من أن أقول ان ما يتسبب عنه من الأضرار يفوق كل الأضرار التى تنتج من مجموع الأوبئة التى تصيب الهيئة الاجتماعية حيناً بعد حين»

أما جناية الزهرى على الهيئة الاجتماعية عموماً فيمكننا أن نجمعها فى أنواع العجز عن العمل التى يتسبب المرض فيها عند المصابين المختلفين وما ينتج عن ذلك من إضعاف الأيدى العاملة فى كل قطر وايجاد عدد عظيم من العجزة عالة على البلاد. وفى انتشار العدوى من شخص لآخر وهكذا حتى يعم المرض وتستدعى الحالة مصاريف باهظة تجهد أغنى خزينة لأغنى حكومة تعتنى بصحة رعاياها العناية الواجبة. وكم مرة فتكت اصابة واحدة بالزهرى بزواج سعيد فقادته الى محاكم الطلاق وقادت العائله الى جريمة انتقام لعرض فدكت أركانها وطوحت بأفرادها للفضيحة والعقاب.

وكم وكم من أنواع الشقــاء الذى يخيم على الهيئة الاجتماعية عموماً من انتشار هذا الداء وسطها وفتكه بأخلاقها وآدابها وصحتها والاقلال من عدد السكان باعدام الاطفــال والاكثار من الوفيات . هذه صورة صغيرة من نتائج مرض تناسلى واحد فما بالكم بها مجتمعة . ان جسم الواحد منا ليقشعر عند تصور حالة البلاد العامة واقفة وقفة العاجز امام جيوش الزهرى وحده فما بالكم بهجوم عام مستمر للامراض التناسلية علينا ونحن وقوف جمود لا نعمــل شيئاً غير انتفاض أعضائنا وانتفاخ أوداجنا خوفاً منها وحقداً عليها لا نأتى اى عمل للدفاع عن أنفسنا أو لمقاومة فتكها . هذا الموقف يستدعى الدفاع ضد من يهاجمنا . يستدعى دراسة هذه الامراض . يستدعى البحث عن اصولها وأدوائها وعلاجها فردياً وعموماً . هذا الموقف يبرر رفع الصوت بالويل والثبور وعظائم الامور. يبرر المنــاداة بنشر العلم عنها فى جميع الأوساط . بين الأولاد الصغار الذين تذهب العادات السرية ببهجة طلعتهم وتطفىء نور عيونهم وتضعف قواهم الجسمية والعقلية . بين الشبان الذين تسحرهم لواحظ الناعس فى طريقها فترسلهم آلة تحركها الراقصة فى مرسحها وتدفع بهم هذه بين براثن العاهر فى فراشها ليكرعوا كؤوس الملذات الفاسدة بين ذراعى امرأة لا تتركهم الا بعد أن تغرس فى جلدهم ولحمهم وعظامهم بذور امراض تفتك بهم وبنسلهم من بعدهم . نعم ان هذا الموقف يبرر استدرار أيدى الأغنياء وفتح خزائن الحكومة لبذل الدرهم والدينار فى سبيل مقاومتها . يبرر قضــاء الساعات وصرف الليالى فى البحث عن أنجع الطرق لوقاية البلاد شرها . يبرر حضور حضراتكم هنا لسماع القليل عن هذه الامراض وسنبدأ بدراسة الزهرى .

الزهرى

سيفيليس — لوويس

(تاريخه) ليس بين الامراض جميعها مرض واحد له تاريخ ثابت اكثر من ثبوت تاريخ الزهرى مع ما يحيط بهـذا التاريخ من شكوك كثيرة لأن العلماء مع اختلاف نظرياتهم ومباحثهم مجمعون على ان المرض عرف جيداً بعد رجوع كريستوفر كولومبس من اميركا بعد اكتشافها وقد وصل بعد رجوعه الى برشلونه باسبانيا سنة ١٤٩٣ وكان معه عدد كبير من البحارة الاسبانيول الذين يظن المؤرخون انهم اشتركوا بطبيعتهم الغريزية فى دمهم فى الحملة الحربية التى قام بهـا كارلوس الثامن ملك فرنسا على ايطاليا سنة ١٤٩٤ لأن الشعب الاسبانى كان اكبر شعب فى هذا الوقت يحب الحروب والاشتراك فيها حتى ولو كانت بعيدة عن بلاده . وكانت حملة كارلوس الفرنسى ناجحة وفتح نابولى وعسكرت فيها جيوشـه وهناك ظهر المرض منتشراً بين جيوشه الفاتحة وانتقلت العدوى الى الايطاليين بواسطة النساء النابوليات وكانت نتيجة فتك المرض بالمعسكر أن طرد الايطاليون جيوش فرنسـا طردة شنيعة جعلت العساكر يهربون على وجوههم لاجئين الى مختلف الاقطار وظهرت لذلك أعراض المرض فى جميع اوروبا فى الأربع سنين المتوالية . فى ايطاليا وأسبانيا وفرنسا والمانيا وسويسرا وهنغاريا وانجلترا واسكتلندا واليونان والروسيا وهولندا . وبعد ذلك انتقل المرض لآسيا الصغرى فالهنـد فافريقيا فاليابان . وكانت نتيجة هذا الانتشار السريع أن قام علماء هذا الوقت يفكرون ويبحثون ويدرسون علهم يهتـدون الى ما يخفف وطأة هذا المرض الفتاك وبطبيعة الحال اتجهت ابحاثهم الى ايجاد علاج سريع للمرض فاستعملوا كل ما كان بأيديهم من العقاقير حتى عثروا صدفة بعلاج الزئبق، ويعجز الانسان عن معرفة أول من نصح باستعمال الزئبق فى علاج الزهرى

ويظهر أن اشتغال القساوسة والرهبان في اوروبا بصناعة الذهب ومساعيهم الكيماوية قادتهم الى دراسة الزئبق واستخراج املاحه وتحويله الى اشكال مختلفة فصار مادة تستلفت أنظار كل باحث علمي كما وانه كان يستعمل في أمراض كثيرة قبل ظهور الزهري.

واستمر العلماء يتخبطون فى تفسير المرض ودراسته عاجزين عن فهم اسراره حتى اوائل القرن العشرين حيث اكتشف شودن وهوفمان ميكروب (سبيروشيتا) وهو الميكروب الذى ينسب اليه تسبيب المرض فى سنة ١٩٠٥ . وفى سنة ١٩٠٧ قام (فازرمان) بعملية فازرمان لفحص الدم للزهرى وفى سنة ١٩٠٩ اكتشف (ارليش) علاج السلفارسان وبهذه الثلاث اكتشافات فتح العلماء الالمان اول باب علمى لدراسة المرض دراسة مبنية على الحقائق . غير ان هذا لا ينفى فضل غيرهم من فطاحل العلماء الآخرين لأن روليت بين الفرق بين الزهرى والقرحة الرخوة سنة ١٨٥٢ وريكور الذى لم يكن يعترف بذلك اضطر للاعتراف بخطائه . وافضال ريكور وفورنييه فى دراسة المباحث الاكلينيكية لا تنكر اذ انهم وضعوا اساسات كثيرة لكل العلوم الحديثة التى تبحث فى اعراض المرض وتأثيره على اعضاء الجسم الداخلية والخارجية .

وان كان فى نسبة الفضل لبعض العلماء بمنح اسمهم لاكتشافاتهم فخر لهم فانني أرى من المبالغة اعطاء العالم (هنتر) كل الفضل الذى ينسب اليه عادة فى بعض المؤلفات فتراهم يسمون القرحة الزهرية الاولى (قرحة هنتر) وذلك لأنه لقح نفسه بافراز ظنه افراز سيلان ليثبت ان مرض الزهرى لا يختلف فى اصله عن مرض السيلان، وكانت النتيجة انه ظهرت عليه قرحة زهرية اولية فاعطيت هذا الاسم . ويلاحظ القارىء اننا الآن ننظر لهذه التسمية نظرة عطف على (هنتر) وما أصابه وليست نظرة اعجاب علمى لانه تسبب فى بقاء خطأ علمى كبير مدة طويلة ، وذلك لان باقى العلماء بعد ما ظنوه نجاحاً من عملية تلقيح هنتر صاروا لا يصدقون كل عالم يقوم لتكذيب هذه النظرية ، حتى ان العالم (بيل) لقح بعض الاطباء بصديد السيلان فظهرت عليهم اعراض السيلان ولم يظهر الزهرى ولكن العلماء تأثروا باسم هنتر ولم يعيروا (بيل) التفاتاً . واستمر اسم هنتر عقبة كؤوداً فى سبيل اثبات اختلاف مرضى الزهري والسيلان

حتى قام «ريكور» بتلقيح اكثر من ستمائة شخص بصديد السيلان ولم تظهر على واحد منهم اعراض الزهرى، ففهم الناس خطأ تجربة (هنتر) وثبت ثبوتاً قاطعاً اختلاف المرضين. ولم يعرف هنتر شيئاً عن زهرى الجهاز العصبى بل كان ينكر على كل مؤلف وجوده حتى ان (فان سويتن) عجز عن اثبات ملاحظته هذا المرض بالجهاز العصبى سنة ١٧٧٢ .

ولم تقف كتابات هنتر فى سبيل تقدم دراسة الزهرى فى تفاصيلها بل تعدت الى المبادىء الأساسية ، فهو كان ينكر سير الميكروب داخل الدم حتى اثبت باسيرو سنة ١٨٥٢ ان الالتهابات الغددية التى على ظهر القضيب تتسبب عن وجود العدوى داخل الاوعية الليمفاوية وحتى قام الدليل بكتابات فورنييه وغيره على ان مرض الزهرى ليس مرضاً موضعياً بل هو مرض داخل دم الجسم يجرى دائماً فى اوعية الدم . ولا تقل كتابات (مورجانى) فى وصف الزهرى فى أوعية المخ الدموية او فى وصفه الزهرى الكاوى فى جمالها واتقانها عن كل الكتابات الحديثة فى هذه الابواب . ولم يتمكن المؤلفون الايطاليون من رفع تأثير اسم هنتر لاثبات سير المرض فى الاوعية الدموية مع انهم كانوا أول من وصف زهرى القلب وتأثير الزهرى على الشرايين . واذا نظرنا لتعاليم هنتر وتأثيرها فى تأخير تقدم علم الزهرى وجدنا له خطأ فى كل باب من ابواب المرض حتى ان تعاليم (باراسيلسص) عن التهابات الخصيتين الزهرية والزهرى الوراثى وتعاليم (بيل) عن التهابات الخصيتين الزهرية والسيلانية اضطرت للبقاء فى مهملات العلم بسبب شهرة هنتر الذائعة وعناده الشديد .

وقصارى القول يمكننا أن نقول ان العلم مدين للآتية اسماؤهم فى دراسة الزهرى الأولية وهم : باراسيلسص ومورجانى وموسيتانو وهو أول من استلفت الانظار للقرح الأولية على اللوزتين وداخل الفم ، وبير ولانسيروا ورابر الذى استلفت الانظار الى أن مرض (بريت) فى الكلى يمكن أن يتسبب عن الزهرى ، ولاليمان وهو أول من درس التهابات الاغشيه المخية بالزهرى سنة ١٨٣٤ ، وهو يبنر وهو أول من شرح التهابات الأوعية المخية بالزهرى بعد ان ذكرها مورجانى سطحياً ، وفورنييه وهو من أساطين علماء الزهرى الاكلينيكى وأول من بين ان الزهرى يسبب (تابيس) نوع من الشلل ، وجان استروك هو أول من بين ان وجع الرأس والدوخة والشلل يمكن

أن تتسبب جميعها من الزهرى ، وازمارخ وميرسين وهما أول من بين العلاقة بين الزهرى والشلل العام فى سنة ١٨٥٧ ، وهنتر وهو من لقح نفسه بالزهرى حقيقة وظن انه لقح نفسه بصديد السيلان واستنتج خطأ ان الزهرى والسيلان مرض واحد اذا لقح الواحد بصديده تظهر عليه اعراض هذا أو ذاك وهو الذى تسبب فى تأخير تقدم العلم سنيناً عديدة للشهرة الهائلة التى أخذها عن غير استحقاق لمجرد تحمله مسئولية تلقيح نفسه بالمرض . نعم ان هذا فضل منه كبير على العلم ولكن هذا الفضل لا يقاس قط بالنتائج السيئة التى نتجت عن وقوف تعاليمه فى سبيل كل اكتشاف جديد أو ملاحظة ثمينة ، وفرشو واليس وهتشنسون و بوشكه وفيشر ورو وميتشنيكوف .

وأما ادعاء بعض العلماء ان الزهرى وعلاجه عرفا حتى فى تاريخ الصين القديم فهذا قول مشكوك فيه لانكار كثير من علماء اليابان لأوصاف المرض المذكورة فى تاريخ الصين وهم يظنون انها أوصاف لأمراض أخرى .

واكتشاف عظام قديمة واستنتاج وجود المرض بها يعزز نظرية وجود المرض من قديم الزمان إلا ان مرور قرون كثيرة على تلك العظام وعدم وجود علامات قاطعة بها تثبت ان ما بها من الأمراض هو الزهرى فقط لا يؤكد وجود المرض من سابق الأزمان لاحتمال حصول تورم وظهور عقد بارزة من التهابات عظمية كثيرة غير الالتهابات الزهرية .

ولو نظرنا للأسماء التى أعطيت للمرض فى بلاد مختلفة لتمكنا من الوصول الى المركز الأول الذى وصل منه الزهرى لباقى المعمورة فالايطاليون كانوا يسمونه المرض الاسبانى أو الفرنسى لوصوله اليهم من عساكر شارل الثامن ، والفرنسيون كانوا يسمونه المرض الايطالى لوصوله اليهم من عساكرهم بعد رجوعهم من حملة شارل فى ايطاليا ، وباقى الاوربيين كانوا يسمونه المرض الافرنسى لوصوله اليهم من فرنسا ، والاسبان كانوا يسمونه (اسبانيولا) وهو الاسم الذى كانت تسمى به جزائر هاييتى وهى التى زارها بحارة كولومب مكتشف اميركا ، ومن هنا يظهر للقراء ان المصدر الأول هو هذه الجزائر وان الادعاء الآخر بوجود الزهرى فى أوروبا من أيام الرومانيين لا يجد

ما يعزره فى التاريخ لأنه لو صح وجود مثل هذا المرض بين هؤلاء الناس لكان ذكره مؤرخوهم وكتابهم ولو عفواً فى بعض ما كتبوا .

أما فى بلادنا المصرية فلا يمكن التحقق من اول تاريخ جاء فيه هذا المرض لبلادنا لوقوع مصر على البحر الأبيض ولوجود ميناء الاسكندرية القديم ومرور عدد عديد من الاوربيين بمصر ونزولهم بأنواع المدنية المختلفة لبلادنا ومنها الأمراض التى تحملها المدنية أينما ذهبت وحيثما حلت، إلا أن بعض الأوصاف القديمة لأمراض كانت عندنا تساعد على استنتاج ان ما كانوا يسمونه «مرض أيوب» هو الزهرى بعينه وكانوا يعتقدون انه عقاب من المولى عز وجل يجب أن يفرح به الانسان ولا يشمئز منه لأنه نعمة من الله تمنح الانسان سعادة الآخرة مع بعض العذاب فى الدنيا . ولا يمكن الرجوع الى تاريخ ثابت فى مصر الحديثة إلا من يوم دخول الفرنسيين حيث ابتدأ أطباؤهم يعالجون المرض هنا ، ولذا فهم الأهالى انه مرض يعالج ونسبوا وصوله اليهم للفرنسيين ولذا منحوه اسم (مرض الافرنجى) مأخوذاً من لفظة « فرانك » يعنى افرنجى أى المرض الفرنسى ، واستمر الحال الى يومنا هذا وصار يتقدم فى الأسماء المتعددة فمنح اسم (تشويش) و (زفارة الدم) الى أن لقب (بالزهرى) وهو الاسم المستعمل بالعربية الآن ويسمى سيفيليس باللغات الأجنبية (ذكرت هذه اللفظة لأول مرة فى شعر فرا كاستور) .

(كتب الاستشهاد)

1. Proksch, J. K, Geschichte der venerischen Krankheiten. Bonn, 1895.

2. Ders., Syphilis in den Jahren 1494 und 1495. Derm. Wochenschr. 1918 Bd. 57, Nr. 38.

3. Karl Sudhoff, Der Ursprung der Syphilis. Verhandlungen des Internationalen med. Kongresses in London 1913. ferner Leipzig bei C.F.W. Vogel.

4. A System of Syphilis. D'Arcy Power & Keogh Murphy.

5. Traitè de la Maladie Vènèrienne, Par Hunter. Traduit de l'anglais par le Dr. G. Richelot. Paris 1852,

6. Lettres sur la Syphilis, Par Ph. Ricord, Paris 1863.

7. Venereal Diseases, by Mc. Donagh.



اسباب المرض — (ايتيولوجي)

علم القارىء من تاريخ الزهرى الغموض الهائل الذى تحكم فى مؤلفات العلماء عن اسباب المرض اذ كانوا يخلطون بين الزهرى والسيلان والقرحة الرخوة حتى اكتشف شودن بمساعدة هوفمان ميكروب الزهرى المسمى سبيروشيتا باليدا .

ومن هذا التاريخ ابتدأت مباحث العلماء تتجه نحو التحقق من ان هذا الميكروب هو السبب فى جميع الاعراض التى تظهر على مرضى الزهري ، فوجدوا السبيروشيتا باليدا في دم الاطفال المصابين بالزهري الوراثى ووجدوا هـذا الميكروب أيضا فى طحال هؤلاء الأطفال وفي كبدهم بعد الموت (بوشكه وفيشر) .



رسم نمرة ١ (مجموعة بوشكه)

صورة قرد من النوع الراقى ملقح بميكروب الزهري بين حاجبي العينين وترى القرحة الاولى الزهرية بشكل بثور زهرية (بابيول سيفيليتيك)

وَبَيَّنَ (ميتشنيكوف) و (رو) بتجاربهم على الانواع الراقية من القردة أنه يمكن تلقيحها بهذا الميكروب وبعد ذلك تظهر عليها أعراض المرض ولو أنها تتأخر في بعض الاحيان لزمن أطول من المدة اللازمة لظهور الاعراض على بعض الآدميين (رسم نمرة ١) ونتكلم الآن ولو قليلا عن هذا الميكروب

ميكروب الزهرى (سبيروشيتا باليدا)

مورفولوجي : ميكروب دقيق مستطيل متعرج كتعرجات (البريمة التى تفتح بها الزجاجات) وبه اعتياديًا من ٦ الى ١٦ تعرجات ولـكن يوجد انواع بها ٢٠ وقليل بها من ٣ الى٤ . وأطراف الميكروب محدبة كطرف الأبره ويصعب رؤيتهـا بدقة بطرق الصبغات المتنوعة ولكن بطريقة تلوين (ليفلر) يسهل ذلك أحيانا . وفى بعض الحالات لوحظ جسم رفيع مستدير صغير جداً في طرف الميكروب، وأهمية هذا الجسم أو علاقته بالمكروب ليست معروفة للآن .

وتظهر التعرجات بكثرة فى العينات التى تكون مجهزة حديثا ولوحظ انها تكون أقل عدداً في العينات القديمة .

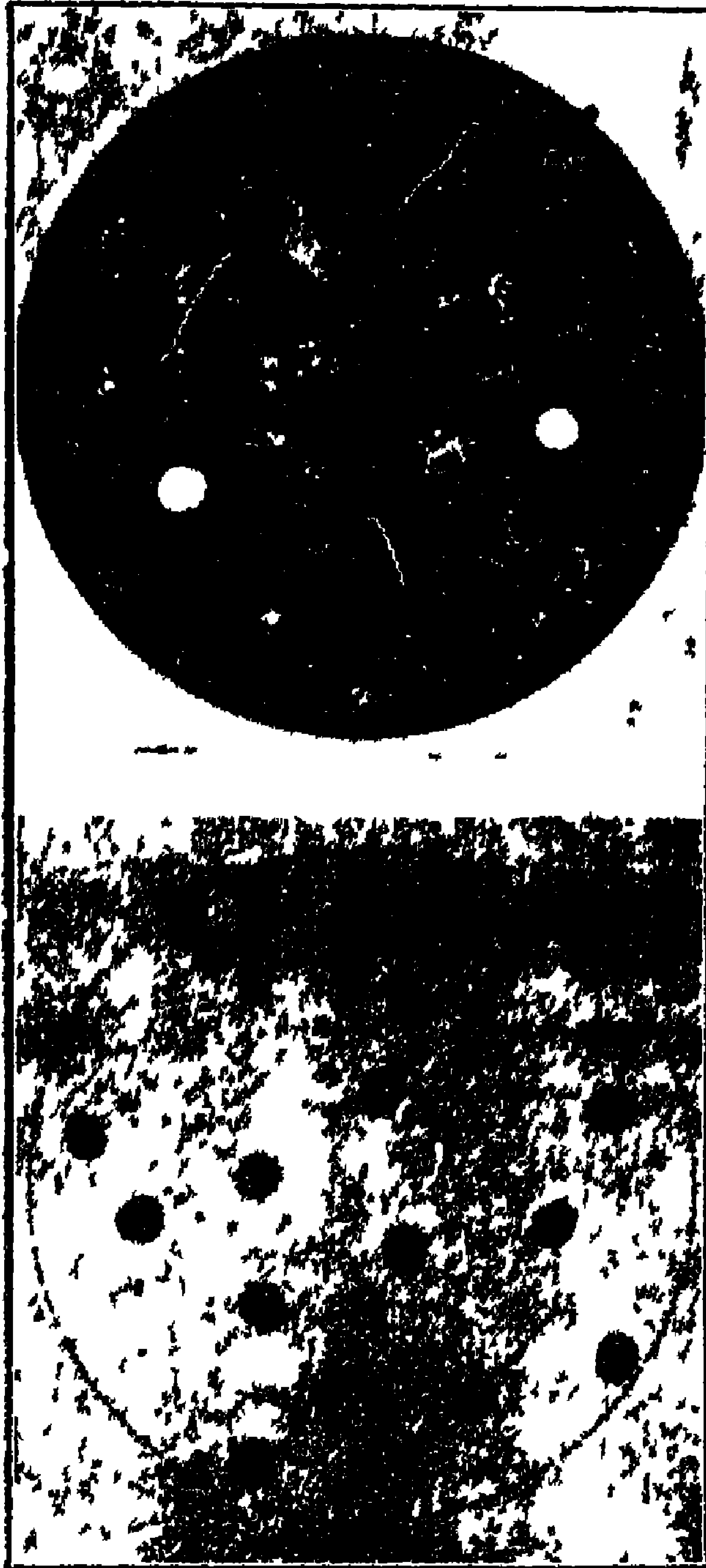
ويختلف العلماء للآن في اعتبار هذا الميكروب من نوع (البروتوزوا) أو من (البكتيريا) فمثلا (شودن) مكتشف الميكروب يعتبره من النوع الأول و (ميروفسكي) يعتبره من نوع (البكتيريا) .

بكتيريولوجيًا : ليس في طاقة هذا الكتاب ان يسع وصفا بكتيريولوجيا مسهبا ، ونعد القارىء بكتاب علمي مطول كما قلنا في مقدمة الكتاب يسع باتولوجيا وبكتريولوجيا هذه الامراض بشكل واف ، ولـكن هذا لا يمنع من أعطاء القارىء المعلومات الكافية التي تمكنه من الرجوع بسهولة الى مؤلفات علمى البكتيريولوجيا والباتالوجيا فى تطبيق نظرياته عند العمل .

ولتشخيص هذا الميكروب بكتيريولوجيا توجد طريقتان :

(١) بواسطة الميكرسكوب

(٢) بواسطة فحص الدم



(رسم نمرة ٢) الأيمن: ميكروب سيروشيتا يظهر بطريقة الفحص بالنور
النصف الأيسر: ميكروب سيروشيتا مصبوغ بطريقة جيمسا

الطريقة الاولى – الميكروسكوب

(١) طريقة (سودن) مكتشف الميكروب – صبغة (جيمسا) أو تلوين جيمسا، وهى من أحسن الطرق العملية فقط تحتاج لاتقان فنى: –

بواسطة مشرط صغير أو قطعة من الزجاج ترفع طبقة رقيقة جداً بالكحت الخفيف أو الكشط السطحي من سطح القرحة الزهرية أو القرحة المراد فحص عينة منها حتى يبرز جزء قليل من الدم أو المصل الدموى (سيروم)، فيؤخذ هذا المصل على قطعة الزجاج ويعمل منها طبقة رقيقة جداً بنفس الطريقة التى تجهز بها (عينات الدم) بأن توضع زجاجة أخرى بطرفها الحاد كالسكين فى زاوية حادة على الزجاجة التى عليها السائل الدموى وتجر برقة ودقة حتى يفرش المصل الدموى ويغطى سطح الزجاجة. وبعد ذلك تنشف بواسطة تعريضها لتيـار الهواء الطبيعى أو الصناعى. وبعد ذلك تثبت العينة بوضع كحول قوى جداً (الكوهولوم ابسولوتم) لمدة ١٠ دقائق وتصبغ العينة لمدة ٢٤ ساعة بطريق (جيمسا) - راجع مؤلفات البكتيريولوجيا.

وتوجد طريقة عملية بسيطة وسريعـة تغنى عن آخر خطوة فى العملية السابقة (وهى الصبغة طريقة جيمسا لمدة ٢٤ ساعة)

فبعد تثبيت العينة بالكحول خذ محلولاً مركبًا كالآتى : —

ازور نمرة ٢ ايوسين	٣٫٠٠	جرام
ازور نمرة ٢	٠٫٨٠	«
جليسيرين (مرك)	٢٥٠٫٠٠	«
ميتيل الكوهول (كالباوم ا)	٢٥٠٫٠٠	«

(يطلب هذا المحلول جاهزاً من دكتور جريلر — ليبزج المانيا)

خذ من هذا المحلول ١٠ نقط وضعها على $\frac{1}{10}$ سنتى مكعب من الماء المقطر وأصبغ العينة به لمدة ساعة كاملة واغسل العينة ونشفها وافحص.

وبالطريقـة السابقة ترى ميكروب الزهرى تحت الميكروسكوب محمراً بعض الاحمرار واذا وجدت سبيروشيتا أخرى فتكون ملونة بلون ازرق.

(ب) الطريقة الثانية بالميكروسكوب. (رسم نمرة ٢)

طريقة الفحص بالنور — طريقـة الميدان الاسود — دارك فيلد بالانجليزية دونكلفيلد بالالمانية — هى طريقة « شيربير وموخا» وهى من أحسن الطرق واضبطها إن لم تكن ادق طريقة وهى سهلة بعد اختبارها ولا تحتاج لمحاليل مخصوصة :

خذ السائل الدموى (السيروم) وافرشه على زجاجة الفحص وضع فوقها زجاجة الغطاء الرقيقة حالا ، ولمنع السائل من أن يجف بسرعة ضع حول الزجاجة الرقيقة جزءاً قليلا من الفازلين وضع زجاجة الفحص الجاهزة هكذا تحت العدسة القوية وافحص بنقطة زيت (اويل ايمرشن) . وفى نفس الوقت يوجد امام مرآة الميكروسكوب جهاز كهربائى يرسل أشعة نور قوى على مرآة الميكروسكوب فينير ميدان الفحص امامك . ويستحسن البكتيريولوجيون أن تقفل ستارة الميكروسكوب (ديافرام) قليلاً فتتمركز الأشعة على ميدان الفحص فترى السبيروشيتا باليدا كأجسام بيضاء شفافة متعرجة وسط ميدان أسود أو رمادى أما الاجسام البيضاء الصغيرةالمستديرة والغير المستديرة التى تراها فلا قيمة لها بالكلية . وانما لا تؤكد وجود الميكروب الا إذا رأيت الأجسام الشفافة البيضاء المتعرجة وتحققت منها لأنه كثيراً ما تعود المبتدىء أن يسلى نفسه ويعزيها برؤيا أى جسم شفاف فى الميدان الأسود ولكن هذا خطأ فاحش وجريمة كبرى فى تشخيص الميكروب .

(توجد أجهزة كثيرة لارسال أشعة النور على مرآة الميكروسكوب ومنها العادى ومنها الاوتوماتيكى وهى تباع عند جميع محلات النظارات والميكروسكوبات ومنها ما هو رخيص الثمن) .

(حـ) طريقة الصبغ بالحبر الصينى — طريقة بورى

خذ السائل الدموى على زجاجة الفحص وضع نقطة حبر صينى اسود (بكتيريولوجياً) وامزجهما جيداً بالابرة البلاتين واجعل السائل طبقة رقيقة جداً على زجاجة الفحص وجفف فى الهواء وافحص بنقطة زيت فحص . يكون الميكروب غير مصبوغ فى وسط ميدان اسود .

(ء) لفحص عينات باثولوجية تتبع طريقة (ليفاديتى)

وهى طريقة بكتيريولوجية مطولة تراجع من أجلها مطولات البكتيريولوجيا .

هذه هى أهم طرق الفحص وننصح القارىء بأن يراجع مؤلفات البكتيريولوجيا للاطلاع على الطرق الاخرى ونخص بالذكر منها طريقة « نثرات الفضة » .

الطريقة الثانية — بواسطة فحص الدم

لا تمكن رؤية ميكروب سبيروشيا باليدا فى دم الشباب او الكهول بالطرق السابقة واذا كان ذلك حصل صدفة فهو نادر وفى اعتقادى مستحيل ولا يمكن التعويل عليه . ولا يمكن ان ترى هذه الميكروبات بفحص الدم الا فى حالات الزهرى الوراثى فى الأطفال فقد يوجد الميكروب هناك وكما قلنا فى أول هذا الباب يمكن بواسطة طريقة (ليفاديتى) أن يرى الميكروب فى عينة من طحال الاطفال او كبد الاطفال المصابين بالزهرى الوراثى . واما ما يسمى عندنا تشخيص الزهرى بواسطة فحص الدم فليس الغرض منـــه ان ترى الميكروب بواسطة فحص الدم بل أننا بفحص الدم على طريقة فازرمان كما سيجىء فى الأبواب الآتية تقول ان زهرية الدم ايجابية أو سلبية . وسنبين للقارىء قيمة نتائج فحص الدم بطريقة فازرمان بعدئذ .

هذا موجز بسيط عن سبيروشيتا باليدا وهو الميكروب الذى يجمع العالم الطبى الآن على انه هو سبب مرض الزهرى ولو ان بعض البحاثة يقولون بغير ذلك ، اذ يظنون أن وجود هذا الميكروب فى حالات الزهرى ليس كافيا لاثبات انه هو السبب فى المرض بل ينسبون المرض لنوع آخر من الميكروبات يطلقون عليه اسم (لوكوسيتوزون سيفيليدس) ويقدمون أدلة مطولة يعجز مؤلفنا هذا عن أن يحويها ولكن هذا الادعاء لا يجد تعضيداً علمياً كافياً للآن وسيثبت مرور الزمن صحته أو خطأه ، ومن رأيي أن هذا الميكروب هو السبب فى الزهرى ، ولكن توجد تقلبات فى تاريخ حياته تعطى المرض تلك الاشكال المختلفة من شدة وضعف وظهور اعراض واختفائها ، ولا يوجد أى مانع بيولوجى يمنع الميكروب من اتخاذ اشكال مختلفة فى ادوار حياته تسبب فى ظهور تقلبات فى مرض الزهرى وربما تظهر الايام انواع هذه الادوار وتكشف لنا كثيراً من اسرار هذا الميكروب تمكننا من فهم المرض فهماً حقيقياً وتساعد على ايجاد احسن الطرق لعلاجه .

طرق العدوى — تنقسم طرق العدوى الى قسمين : —

(١) العدوى المكتسبة

(٢) العدوى الوراثية

(١) العدوى المكتسبة — هى العدوى بمرض الزهرى التى يكتسبها — اذا جاز التعبير بهذا اللفظ — انسان من انسان آخر او من اى طريق بعد الولادة ، أى تلك العدوى التى تصيب الانسان بعد ان يكون ولد نقياً من المرض . والمعتاد ان يصاب الانسان بذلك النوع من العدوى فى سن الشباب ولو انه لا يوجد اى مانع من حصول العدوى فى سن الطفولة أو الكهولة .

وتوجد طرق كثيرة لحصول هذه العدوى وتنقسم الى ثلاثة أقسام : —

(ا) عدوى من انسان لانسان .

(ب) عدوى من آلات او ادوات أو مواد اخرى مصابة بالميكروب .

(حـ) عدوى من وسيط يحمل الميكروب من مريض ويلقح به انساناً آخر بدون أن يكون هو مصاباً بالمرض .

(ا) عدوى من انسان لانسان — أهم نوع من هذا القسم هو العدوى التى تنتج عن الجماع وهذا النوع هو الذى اعطى الزهرى لقب المرض التناسلى . فمجرد وجود قرح زهرية بالمهبل (ڤاجينا) او فى الفرج (ڤلڤا) او فى خارج أعضاء المرأة التناسلية ، ومجرد لمس القضيب (پينس) لهذه القرح يعرض الانسان لاخذ العدوى . ولا عبرة أى لا توجد اية اهمية أو قيمة لقول البعض بأنه يجب ان يحصل احتكاك مستمر لنقل العدوى اذ مجرد اللمس كاف لنقل الميكروب على جلد من يتعرض للعدوى حتى تدخل تلك الميكروبات التى انتقلت على الجلد لداخله وتسبب المرض . ولا عبرة بقول البعض انه يجب أن يكون الجلد مخدوشاً او به جروح حتى يدخله الميكروب اذ أن التجارب العلمية اثبتت ان مجرد تلقيح القردة بالسائل الدموى المصاب بدون عمل خدش او جرح بالجلد ينتج المرض تماماً عند هذه الحيوانات (ميتشنيكوف . وبوشكه) . « راجع رسم نمرة ١ صحيفة ٢٢ »

وكما ان العدوى تنتقل من المرأة للرجل فانهـا تنتقل بنفس السهولة من الرّجل للمرأة و يزيد الرجل خطورة على المرأة لأن الرجل المصاب بالزهرى حتى اذا لم يكن على جلده قرح خارجية فان المرأة تكون معرضـة للاصابة منه بالزهرى بمجرد انزاله المنى بفرجها من داخله أو من خارج الفرج لأن المنى يحمل أحيانًا ميكروب الزهرى فى السائل المنوى وأحيانًا فى داخل الحيوانات المنوية (فنجر ومولتزر واولونموت) .

ولا تقتصر العدوى على الاعضاء التناسلية بل ان مجرد تعرض أى عضو للمس أية قرحة زهرية يجعل ذلك العضو قابلا لأخذ المرض ، فبالقبلة يتعرض الفم أو الخد أو الصدر أو الأيدى لأخذ العدوى من فم المصاب . وفى بعض الحالات التى يلعب فيها بعض المصابين أدواراً شهوانية مختلفة يتعرض الطرف الآخر لأنواع غريبة من العدوى ، فمثلاً اعتاد بعض الناس أن يعمل ما يسمونه أحيانًا (بالعادات الفرنسية) من تقبيل فرج المرأة أو امتصاص الاعضاء التناسلية وتعريض الفم للمس كل بقعة شهوانية فى الجسم كالثدى والعجز . . . . الخ ومن هذا تنتج أنواع من العدوى مختلفة ، فمثلاً يصاب الثدى أو العجز أو الظهر عند المرأة بقرح زهرية ان كان الرجل الذى يفعل ذلك عنده قرح زهرية فى فمه أو يصاب الفم او الحلق أو لسان الرجل بعدوى من المرأة ان كانت أعضاؤها هذه مصابة بقرح زهرية .

و يظن بعضهم أن الجماع الشاذ لا يعرض للعدوى بهذا المرض ، ولـكن هذا خطأ كبير ، لأنه مما لا شك فيه أن الجماع الشاذ بين ذكر وذكر مريض أو بين ذكر وأنثى أحدهما عنده تقرحات زهرية ينتج عنه مرض الشخص الآخر .

ومما تقدم يفهم القارىء أن عادة التقبيل عند السيدات فى زياراتهن عادة قبيحة غير مستحبة لأن السليمة منهن تتعرض للعدوى من غير السليمة ، ومن أدراهن انه لا توجد بين أرقى العيلات نســاء بهن من المرض ما اذا عرفن وجوده عز عليهن مصافحتهن بالأيدى . ومن أقبح العادات عادة تقبيل الاطفال إذ تصـل ببعضهم الحال الى تقبيل طفل جميل بضعة مرات فى خده وأحيانًا فى فمه ، وكثيراً ما جنت هذه العادة جناية كبرى على طفل برىء لا ذنب له أو لوالديه فى تسليمه فريسة هالكة لبراثن ذلك المرض المشئوم : أتانى رجل من عائلة طيبة بطفل فى الثالثة من عمره و به

قرحة زهرية حديثة على فمه وبعد البحث فى أصل العدوى ظهر أنه محبوب جداً من خاله الذى يقبله مائة قبلة فى فمـه عند كل زيارة وبعد فحص خاله وجدت تقرحات زهرية ثانوية على شفتيه .

ومجرد مصافحة أيد بها قرح او تسلخات يعرض المرء لأخذ العدوى ولو ان وقوع مثل هذه العدوى نادر جداً .

وتوجد عادة خطيرة خطرة انتشرت بين كثير من الشبان والشابات يسمونها (ضرب الفرشه) أى أن الشاب يحتك بعضوه التناسلى خارج عضو التناسل للشابة بدون ان يحصل ايلاج حفظاً لما يسمونه (البكارة) عند الشابة ، فاذا كان احدهما مريضاً فقد تنتقل العدوى للآخر

ويصاب الاطباء أحيانا في أصابعهم بالقرحة الزهرية الاولية بالعدوى عند ما يفحصون المرضى بالزهري ولكن هذا نادر الحصول أيضاً للاحتياطات الطبية التى يتبعها الأطباء عادة،ولذا فأن المعتاد الآن اذا حصلت مثل هذه العدوى فانها تصيب طلبة الطب المبتدئين ، وبما ان المصاب بهذا النوع من العدوى لا جريمة أدبية له ولا علاقة تناسلية نتج عنها ذلك فاصطلح الاطباء على تسمية مرضهم هذا — بالزهرى الطاهر - أو الزهرى البرىء .

هذه هى أهم طرق العدوى من أنسان لأنسان بشكل ظاهر

ويوجد نوع آخر من الأهمية بمكان وهو العدوى التى تنتج من رضاعة طفل سليم لثدى أمرأة مريضـة بالزهرى إذ من المحتمل وغالباً ما تنتقل العدوى بواسطة التسلخات أو قرح على حلمة الثدى،وحتى اذا كان ثديها سليما من هذه التقرحات فان العدوى تنتقل بسهولة بواسطة اللبن (اولونوت ، وبوشكه ، ومولتزر)

ويمكن حدوث العكس إذ ان المرضع يجوز ان تكون سليمة وترضع طفلا مصاباً بالزهرى الوراثى فتصاب هى بالزهرى .

وسنذكر قيمة المسئوليات الجنائية والمدنية فى مسألة العدوى بالرضاعة للطفل او المرضع عند الكلام عن الزهرى من الوجهة الطبية الشرعية

وقصارى القول فانه ربما تعددت طرق العدوى من انسان لانسان أكثر مما

ذكرنا ولكنها تنحصر فى ان انساناً يحمل الميكروب ينقله بأية طريقة مباشرة لزميله الانسان وان أى نقطة من نقط الجسم تتعرض لوصول الميكروب اليها أولاً هى النقطة التى تظهر عليها القرحة الأولى وجميع نقط الجسم قابلة لظهور القرحة الزهرية الأولى عليها بدون استثناء .

(ب) العدوى من آلات أو ادوات أو مواد أخرى مصابة بالميكروب : — أهم نوع من هذه العدوى هى تلك العدوى التى تنتقل بواسطة الآلات الطبية وآلات الحلاقين . أما الآلات الطبية فهذا لا يمكن حصوله إلا من إهمال الأطباء فى تعقيم آلاتهم تعقيماً جيداً أى تعقيماً جراحياً ، ونستحسن أن نذكر بعض نقط الضعف التى تصاب بها المهنة الطبية احياناً حيثما تتسبب فى نقل عدوى مثل هذه فظيعة الى أناس أبرياء ولا ذنب لهم إلا تسليم أنفسهم بثقة تامة لأطباء يريدون الشفاء على أيديهم ولا يحلمون بأنهم سيصابون فى قاعاتهم بمرض من أشنع الأمراض. فأولاً وأكثر الاصابات حدوثاً هى الاصابة من آلات أطباء الأسنان إذ يحدث كثيراً خصوصاً عند اقتلاع الأسنان ان رجلا مصاباً بالزهرى يريد اقتلاع ضرس وبعد أن ينتهى طبيب الأسنان من خلعه يتقدم له مريض سليم ليقتلع له ضرساً فلا يكلف نفسه مشقة تعقيم آلاته بل يكتفى بغسلها بالماء الجارى فتنتقل العدوى للثة المريض الثانى ، زد على ذلك مرآتهم الصغيرة التى يفحصون بها سطح الأسنان فان بعضهم نادراً ما يطهرونها . ومن زار من حضرات الأطباء بعض أطباء الأسنان يؤكد حدوث ذلك مراراً وتكراراً ولقد عالجت وجيهاً بالقاهرة به قرحة زهرية فى اللثة السفلى ظهرت عليه بعد اقتلاع ضرس خلفى فى فكه الاسفل من الجهة اليسرى بأربعة أسابيع فقط .

وثانياً — من آلات التطعيم بمصل الجدرى . وهذا النوع من العدوى لا تسأل عنه مهنة الطب وحدها بل يسأل عنه نظام التطعيم وتعليمات مصلحة الصحة لحلاقى الصحة بالأرياف . إذ ان بعض الحلاقين — ورأيت مرة طبيباً مسناً فى الأرياف يعمل مثلهم — يطعمون عشرين طفلاً بسلاحهم الصغير ولا يطهرون ذلك المشرط مرة واحدة بل يحملون السائل الدموى لكل طفل من الطفل السابق ممزوجاً بمصل الجدرى . وبذا نكون معرضين لاخطار التطعيم السابقة يوم ان كان التطعيم بمواد

الجسم الآدمى وليس بتجهيز المصل من الحيوانات كما يفعلون اليوم وفى هذا من الاخطار ما لا يخفى على طبيب وما لا يغيب عن ذهن مصلحة الصحة التى كان يجب عليها أن تجهز كل حلاق صحة بعدد كاف من المشارط وأدوات التطعيم واذا ثبت إهمال واحد منهم فى تعقيم كل مشرط بعد كل عملية تطعيم يعاقب العقاب اللائق .

ثالثاً — العدوى من الآلة التى يسمونها المنظار ، وهى آلة يستعملها الأطباء لفحص النساء داخل عضوهن التناسلى ، ولوحظ أن بعض الأطباء المكلفين بفحص العاهرات كثيراً ماينقلون هــذه الآلة من امرأة لأخرى بدون تعقيم وفى هذا من الاهمال والتقصير ما يعتبر جريمة فنية بل ان هذا ليحقر الطبيب أمام نفسه ومهنته تحقــيراً لا تقاس بجواره الراحة التى تنتج من اهمال التعقيم ،واعتقد أن هذا النوع من العدوى تناقص كثيراً الآن .

ورابعاً — من باقى الآلات الطبية المختلفة الأشكال . . ولــكن لا يسعنا هنا إلا أن نذكر كلمة قصيرة لمهنة الطب بعد ان كشفنا أهم عيوب الاهمال فيها إذ أن الطب الحديث لم يهتم بشىء اهتمامه بالتعقيم وتطهير الآلات ولن يوجد طبيب بمعنى اللفظة يسمح له ضميره بالاهمال ولو قليلا فى تعقيم أدواته ، وان الاحصائيات الطبية لم تترك شبهة على جميع فروع المهنة أكثر مما تقــدم وهذا مما نذكره بالاعجاب وتشجيعاً للطبقة المتقدمة أيضاً على اتباع التعقيم اللازم حتى تمحى هذه الطريقة للعدوى من مؤلفات الطب وتاريخه

أما العدوى من آلات الحلاقين فهى كثيرة ولا يمر اسبوع واحد حتى نرى بين مرضانا واحداً به مرض جلدى كان الحلاق السبب فيه . ولو كان الزهرى سهل الانتقال ولو لم يكن ميكروب الزهرى دقيقاً لا يعيش بعناد خارج الجسم لـكانت آلات الحلاقين على ما هم عليه من نظافة معهودة واسطة لنقل الزهرى من شخص لآخر بسرعة كانت تضطر مهنة الطب لتغيير اسم الزهرى الى اسم أصح وهو (مرض الحلاقة) (انظر رسم نمرة ٣) .

والآن نتكلم عن نوع آخر كثيراً ما يتخذه المرضى عذراً يقدمونه وتعليلا يعللون به طريقة عدواهم بالزهرى . وهذا النوع من العدوى هو انتقال المرض باستعمال

أدوات منزلية كفناجيل القهوة أو الملاعق أو كبايات الماء والبيره أو فم الشيشة الخ . نعم انه يمكن انتقال المرض بواسطة هذه الأدوات ولكن هذا شيء نظرى فقط وبالاختبار عملياً لوحظ ان انتقال العدوى بهذه الواسطة نادر جداً وذلك لنفس السبب المتقدم وهو سهولة موت الميكروب وهو خارج الجسم ، فعذر الشاب الذى به قرحة زهرية على شفته العليا او السفلى الذى يقدمه بأن يقول انه أخذ العدوى من كبايات القهاوى والبارات لا يترجمه الأطباء عادة بأكثر من قولهم انها قبلة من فتاة بالقهاوى والبارات أو ما شابه ذلك . ولكن هذا لا يمنعنا من أن نحذر القارىء من الاكثار من استعمال الأدوات بالمحال العمومية ، اللهم الا ما كان معروفاً عنها النظافة والعناية بتقديم أدوات مغسولة جيداً لزائريها . وهنا ننبه القارىء لتحاشى الجلوس على القهاوى والبارات الموجودة بالشوارع المملوءة بالعاهرات لكثرة زيارتها بطبقة جلها إن لم تكن كلها مصابة بالأمراض التناسلية المعدية .

ونرى لتكميل الموضوع أن نذكر طرقاً أخرى للعدوى منها استعمال المراحيض العمومية وكثيراً ما تكون ملوثة بالميكروبات من بعض المرضى الذين استعملوها قبلاً ، ومنها العادة القبيحة التى يتبعها بعضهم من الطبقات الصغيرة وهى تنظيف أعضائهم التناسلية بحوائط المراحيض العمومية وما ينتج عن ذلك من التعرض للعدوى .

ومنها أن تستعمل السيدات فى مدة الحيض (منستروريشن) عندهن خرقاً صحية ملوثة بالميكروبات من غيرهن ، وهذا ينتج غالباً عند بعض السيدات اللواتى يتكرمن على خادماتهن أحياناً باستعمال نفس الخرق التى تستعملها السيدات ، وفى هذا من الخطر على نساء العائلات ما فيه ، والواجب الصحى أن تبقى كل سيدة خرقاً صحية خاصة بها شخصياً . وأحياناً تستعمل الخادمات الخرق الصحية التى تخص سيداتهن بدون علم السيدات ، ولذلك يجب على كل سيدة أن تحتفظ بهذه الخرق فى مكان مقفل .

نظن فى هذا الكفاية من تعديد أنواع طرق العدوى من القسم الثانى ، ونتكلم الآن على القسم الثالث

(ح) عدوى من وسيط لا يكون شخصياً مصاباً بالمرض : —

أهم أنواع هذا القسم هى العدوى التى ينقلها الحلاقون على أصابعهم وأيديهم وادواتهم (من امواس وفرش وفوط) من مصاب بالمرض الى وجه آخر سليم ، وهذا ما يستدعى الاهتمام بتكليف الحلاقين بغسل أيديهم جيداً بالماء الجاري والصابون على الأقل قبل لمس كل زائر لهم جديد .ويحدث أحياناً ان تصاب سيدة أو مريض عند بعض الاطباء المهملين بقرحة أولية أو بأمراض تناسلية أخرى سيأتى الكلام عليها من فحص المرضى بالاصابع أو الايدى وعدم تطهير الاصابع أو الأيدى جيداً. وطريقة تحاشى ذلك بسيطة وهى استعمال القفاز الكاوتشوك أو الأصابع الصناعية وهذه أشياء يمكن تعقيمها بسهولة فى الماء الساخن ولا تكلف الاطباء أية مشقة ، ونقتصر على ذلك مع ذكر المبدأ العـــام وهو أنه يمكن لأى شخص ان يكون وسيطاً فى نقل العدوى بأن يحمل الميكروب ويقدمه لآخر يكون مستعداً لأى سبب كان اكثر من الوسيط لأن يصير مريضاً،ومن هؤلاء العاهرات اللواتى ينقلن أمراضاً مختلفة على حوائط المهبل الداخلية من الزائر الاول للثانى،وبواسطة الغسل البسيط أو الصدفة لا يصبن شخصياً بتلك الامراض مع ان الزائرين المتأخرين يتأصل فيهم ما تركه الزائرون الاولون .

وهنا نظن أننا شرحنا طرق العدوى شرحاً وافياً والسبب فى ذلك أننا نعتقد أنه لو فهم الناس تفصيلياً طرق العدوى امكننا أن نعلم جيداً طرق الوقاية من العدوى وهى الغرض الاساسى الذى نسعى اليه إذ لا يختلف اثنان فى أن الوقاية خير والف مرة خير من العلاج



(رسم نمرة ٣) صورة مريض بالزهرى ظهرت عليه أول أعراض الزهرى كشانكر على ذقنه من الحلاقة عند الحلاقين .

أدوار الزهرى

اعتادت المؤلفات أن تقسم الزهرى الى ثلاثة أدوار ، الدور الاول والثانى والثالث. ويعطى المؤلفون اسم الدور الاول للمرض من يوم ظهور المرض أى من يوم ظهور القرحة الاولى الى يوم ظهور الاعراض الثانوية أى الطفح الجلدى الخ ... من تورم بعض الغدد أحياناً ، أو القرحات الزهرية الثانوية على اللثة أو اللسان أو داخل الفم. والدور الثانى من يوم ظهور هذه الاعراض الى أن تبتدىء الاعراض المتأخرة للزهرى كالشلل من الزهرى أو كالأورام العظمية الخ ... ويشمل هذا الدور مدة خمول المرض أى المدة التى تنقضى بعد اختفاء جميع أعراض الدور الثانى الى ظهور أعراض الدور الثالث . والدور الثالث يبتدىء بظهور الاعراض المتأخرة للزهرى السابقة الذكر الى أن تنتهى حياة المريض . (وقد وضع فورنييه قسماً رابعاً يبتدىء بعد ظهور أعراض الاورام العظمية ... الخ بالقسم الثالث الى آخر أدوار الشلل وسماه (باراسيفيليتيكا)

ونحن نرى أن هذا التقسيم أصبح تقسيماً مبهماً أى تقسيماً مبنياً على ظهور أعراض ربما تأخر ظهورها أحياناً أو ربما لا تظهر كلية كما سيجىء وصفها تفصيلياً ، ولذا نضع هذا التقسيم الجديد وهو مبنى على أصول علملية أى على باتولوجيا الزهرى ، ونحب أن نسمع اعتراضاً عليه من حضرات الزملاء ان كان عندهم ما يقدمونه ضده

وتضطرنا باتولوجيا المرض الى تقسيم أدوار المرض الى خمسة أقسام : —

(١) دور الحضانة (اينكيو بيشن)

(٢) دور القرحة الزهرية . . . . (الدور الاول القديم)

(٣) دور تعميم العدوى . . . . . . } (الدور الثانى القديم)
(٤) دور خمول المرض . . . . . . }

(٥) دور رجوع ظهور الاعراض . . . . . (الدور الثالث القديم)

والغرض من هذا التقسيم هو رفع الابهام فى التقسيم القديم وتحكيم باتولوجيا الزهرى فى تسمية أدواره ليس إلا .

(١) دور الحضانة

لكل مرض دور حضانة وهى المدة التى تنقضى بين أول لحظة يصاب فيها المريض بالعدوى بالمرض الى أن تظهر عليه أول أعراض معروفة لنا كاعراض مختصة بهذا المرض . والزهرى كباقى الأمراض له دور حضانة معروف،فمن اللحظة التى يلقح فيها مريض بميكروب الزهرى الى يوم ظهور القرحة الزهرية الاولى،وهى اول اعراض المرض المعروفة،تقتضى عادة مدة تتراوح بين ٣ و ٦ أسابيع . ولكن هذه المدة تتغير أحياناً ، فمثلاً مدة حضانة الزهرى الخبيث (سيفيليس ماليجنا) تكون فى حالات كثيرة بين سبعة أيام واسبوعين،وقد لوحظت قرح زهرية أولية بعد مرور ثلاثة أيام فقط من لحظة التلقيح بالمرض . وأحيانًا تطول مدة الحضانة لزمن مدهش ، إذ لوحظ فى بعض الحالات ان القرحة الاولى ظهرت بعد مرور تسعة اشهر كاملة من لحظة التلقيح، ولكن المدة المعتادة هى كما ذكرنا آنفاً .

وسيأتى الكلام عن نوع من الزهرى يسمى (سيفيليس دامبليه) لا تظهر فيه القرحة الزهرية الأولى. وبذا تطول مدة الحضانة ظاهرياً ولكنها كغيرها من مثيلاتها كما سيأتى الكلام عليها عند ذكر هذا النوع من الزهرى .

(٢) دور القرحة الزهرية

يبتدىء هذا الدور بابتداء ظهور القرحة الزهرية و يستمر حتى تعم العدوى جميع أجزاء الجسم ، أى يستمر هذا الدور من لحظة ظهور القرحة الأولية الى بدء دور تعميم العدوى ، وهى مدة تتراوح بين ١٨ يوماً و ٤٠ يوماً فى الحالات العادية ، (واذا عملت عملية فازرمان — وسنتكلم عنها فى باب آت — فى أوائل هذا الدور فانها تكون فى اكثرية الحالات سلبية . وعملية فازرمان هذه هى عبارة عن تحليل الدم لتساعدنا على تشخيص الزهرى)

(ليلاحظ القارىء اننا سنرمز فى كتابنا دائماً لعملية فازرمان بالحرفين ع . ف وسيجىء وصف هذه العملية اجمالياً بعدئذ)

القرحة الزهرية

الشانكر — هارد شانكر — شانكر ديوروم

لما يتعرض الشخص للعدوى تبتدىء الميكروبات تدخل الجسم باختراق الطبقة الخارجية للجلد أى البشرة (ابيبدرمس) ولا عبرة بقول البعض بلزوم وجود خدوش بالجلد لتتمكن الميكروبات من دخول الجسم . وبعد اختراق الجلد تبحث الميكروبات عن خلايا النسيج الخلوى (النسيج الموصل — كونيكتيف تيشو) او عن خلايا مخاطية (ايندوثيليال) حيث تصل الى السائل الحيوى (بروتوبلازم) لهذه الخلايا . ومن هـذا يرى أن كل قوة هجوم الميكروب على الجسم توجه لهذه الخلايا . ولذا يزداد عددها لتدافع عن الجسم وتستقبل الهجوم بقوة تليق به، واذا فحص محل العدوى ترى خلايا كثيرة من هذين النوعين حتى انه اذا أخذ جزء من القرحة الأولى ومن حولها وفحص يرى به عدد عديد من هذه الخلايا .

وبما أن الجسم الذى أخذ العدوى لا يمكنه افراز كمية كافية من الاجسام الواقية والسوائل الحامية بسرعة هائلة لتقيه شر تمكن ميكروبات أخرى من دخوله فانك ترى أحياناً قرحاً متعددة . مع انه لو كان يمكن الجسم افراز كمية كافية من هـذه الاجسام والسوائل الواقية لما أمكن وجود أكثر من قرحة واحدة .

ولاحظ العلماء انه يمكن أن يلقح الجسم من قرحة أولية به مرة ثانية فى مدد مختلفة تتراوح بين ٣ أو ٤ الى ١٤ يوماً [١] ونتيجة هـذا التلقيح هى قرحة زهرية أيضاً لا تختلف الا قليلا فى حجمها عن القرحة الأولى ، ولما تكثر خلايا النسيج الموصل [٢] تتحول بطبيعة التهاب كالتهاب الزهرى المزمن الى أنسجة ليفيه (فيبرس

---

(١) بوشكه وايرمان .

(٢) تنصح القارىء بمراجعة باتولوجيا الزهرى فى اى مؤلف من مؤلفات الباتولوجيا الزهرية او حتى فى مؤلفات الباتولوجيا العامة .

تيشو) وهذه أنسجة اذا ما تجمعت يتركب منها سطح به صلابة مخصوصة، ومن صلابة هذا الجسم الليفي يشعر الطبيب بنوع من الصلابة عند فحص القرحة الزهرية . ولكن وجود هــذه الصلابة غير ضروري لتشخيص القرحة الزهرية لأنه يمكن أن تهاجم الميكروبات خلايا مخاطية (ايندوثيليال) بكثرة وفي هذه الحالة لا يحصل ذلك التولد (پروليفيريشن) السريع في خلايا النسيج الموصل ولذا لا يحصل تحول كبير للأنسجة الليفية وعلى ذلك لا يتكون ذلك الجسم الصلب . وليلاحظ القارىء انه في أكثر حالات الالتهاب — والزهري لم يخرج عن كونه التهاب ولكنه التهاب مزمن — يحصل هجوم على خلايا أو كريات الدم البيضاء (لوكوسيت) ولذا فان كل التهاب يكون مصحوباً بافراز مادة صديدية نتيجة مقاتلة كريات الدم البيضاء الأجسام الأجنبية ، وبما أن هجوم الاجسام الغريبة في الزهري لا يوجه لهذه الكريات بل يوجه للخلايا المخاطية وخلايا النسيج الموصل ، فلا يوجد بالقرحة — عادة — افراز صديدي كنتيجة مباشرة للالتهاب الزهري ، وهذا ما يضطر علماء الباتولوجيا لاعتبار الشانكر تأكلا (ايروزن) وليس تقرحاً (السيريشن) ، وكثيراً ما يوجد الشانكر بهيئة حبة صغيرة — بابيول — بدون تأكل ولو بسيط ،وفي حالة مهاجمة الميكروبات للخلايا المخاطية تتوالد الخلايا المخاطية وتكثر فتنسد مجاري الدم ويحصل النيكروز .

وهنا يجب أن نذكر بعض الخلاف بين الشانكر الطبيعي أي الشانكر الذي ينتج من عدوى اعتيادية آدمية وبين الشانكر الذي يعمل صناعياً في التجارب التي تعمل على الحيوانات :—

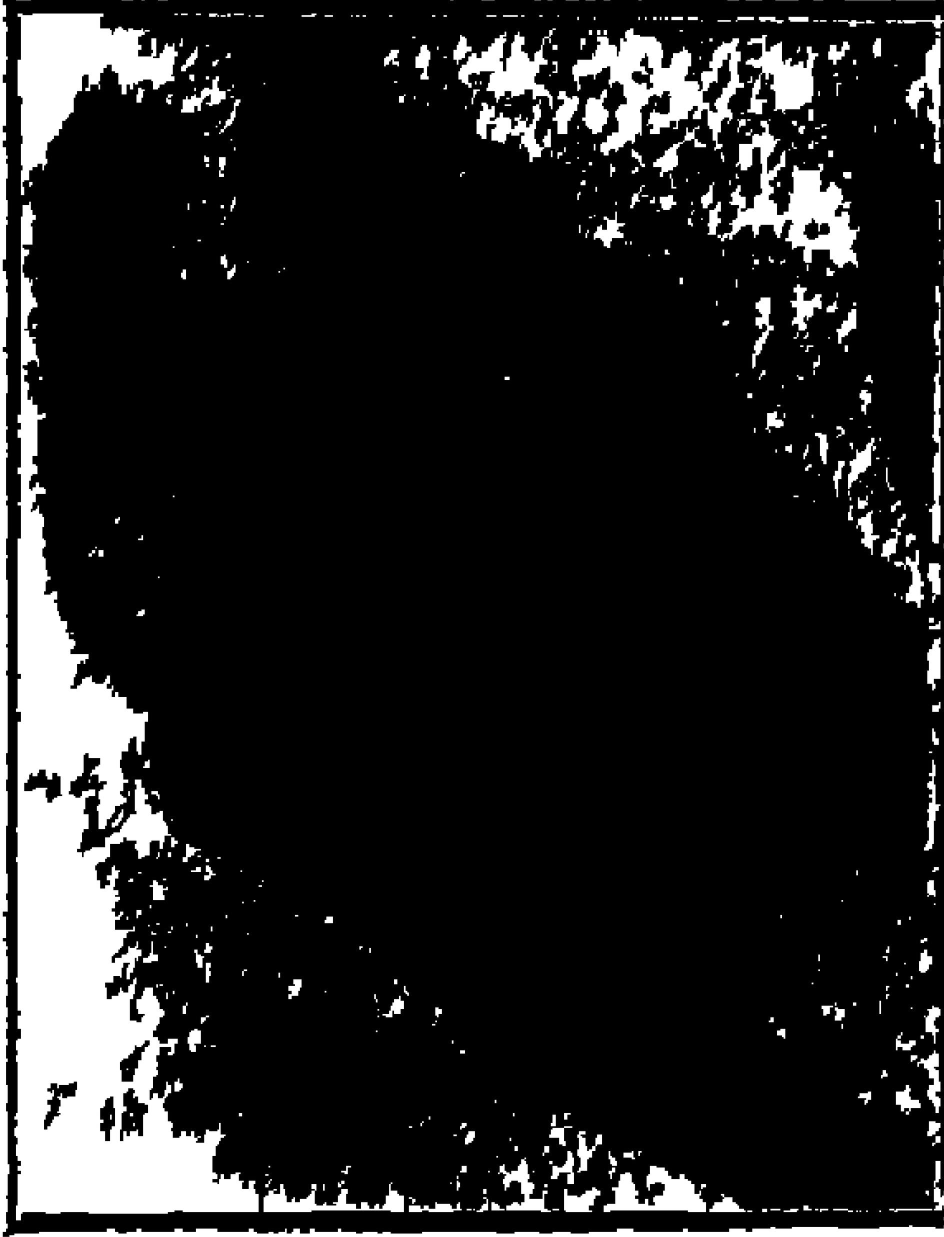
الشانكر الآدمى	الشانكر الصناعي
(١) يكون تأكلا عادة (ايروزن) الا فى حالة مهاجمة الخلايا المخاطية حيث يكون نيكروزا	(١) يكون تقرحاً (السيريشن)
(٢) يختلف شكل الشانكر الظاهرى وطرق نموه باختلاف الحالات	(٢) عادة يكون شكله واحداً فى افراد اى فصيلة من كل حيوان وطرق نموه واحدة
(٣) تختلف ميكروبات السبيروشيتا باليدا الموجودة فى هذا الشانكر اختلافاً بيناً فى نشاطها وحركتها وشكلها عن السبيروشيتا التى تزرع باكتيريولوجياً أو صناعياً	(٣) تشبه ميكروبات السبيروشيتا الموجودة فى هـذا الشانكر السبيروشيتا المنزرعة باكتيريولوجياً او صناعياً وكثيراً ما ترى خاملة تحت العدسة المكبرة (الميكروسكوب)
(٤) توجد ميكروبات السبيروشيتا فى الغدد الليمفاوية الموجودة بالقرب من القرحة الزهرية	(٤) لا توجد ميكروبات السبيروشيتا فى الغدد الليمفاوية الموحودة بالقرب من القرحة الزهرية وهذا ما استدعى تلقيح حيوانات أخرى بهذه الغدد المظنون انها مصابة لاثبات وجود الميكروب بها (بوشكه وديلبانكو وجرايتز)
(٥) توجد بالشانكر تغيرات هيستولوجية كثيرة منها وجود الخلايا الضخمة ونقط نيكروز منتشرة تشبه صورة هيستولوجية مرض السل	(٥) لا تلاحظ تغييرات هيستولوجية تذكر
(٦) تنتشر العدوى بسرعة من الشانكر الى باقى الجسم ويصبح الجسم مصاباً بالزهرى اى ينتقل بالسرعة المعتادة	(٦) كثيراً ما ينمو الشانكر وتنتهى حكاية المرض بظهور المرض كقرحة زهرية ولا ينتشر المرض داخل الحيوان

من دور القرحة الى دور تعميم العدوى	اى لاتظهر اعراض المرض المتتابعة كالزهرى الآدمى اللهم الا فى بعض انواع القردة الراقية كالشيمبانزى
(٧) تختلف مدة دور الحضانة فى الشانكر الآدمى من اسبوع فى الزهرى الخبيث الى ٣ الى ٦ أسابيع اعتياديا الى بضعة شهور فى بعض الحالات النادرة	(٧) لا تختلف مدة دور الحضانة فى الشانكر الصناعى فى كل فصيلة حيوان بل تعتبر تقريباً ثابتةولو زادت او نقصت قليلا

ومما تقدم يرى القارىء المصاعب الجمة التى تقف فى سبيل عمل التجارب العلمية لدراسة الزهرى ولا أحب أن أطرق باباً طرقه علماء كثيرون قبل الآن وهو امكان عمل التجارب العلمية على الآدميين المحكوم عليهم بالاعدام فى البلدان المختلفة لأننى أجد نفسى بين عاملين قويين . أولهما الرغبة فى تعضيد تقدم علم الطب فى مباحثه واستكشافاته خدمة للأنسانية المعذبة بمثل هذا المرض وغيره، فبدلا من أن نعدم الشخص المجرم فى لحظة واحدة فلنترك العالم الطبى ينتفع بجسمه فى تجاريبه العلمية خدمة لمصلحة كل البشر وكل الاجيال القادمة . وثانيهما الحق المقدس الطبيعى لكل جسم أن لايعذب فى هذا الوجود تطبيقا لأى احكام موضوعة، لأن المبدأ الانسانى الراقى يقول بأن العقوبة القانونية ليست انتقاماً بل رادعاً من الهيئة الاجتماعية لمن تسول له نفسه الخروج عن دائرة حريته ومنظفاً لتلك الهيئة من أفراد المجرمين من أبنائها ، ولست أجد نفسى راغباً الآن فى هذا المؤلف لابداء رأيى فى العاطفتين لقصر المؤلف عن أن يسع المباحث والأدلة اللازمتين لتعزيز افضلهما .



رسم نمرة ٤



رسم نمرة ٥

رسم نمرة (٤) شانكر متأكل — ترى القرحة منتظمة وحولها دائرة بيضاء اللون نوعاً عن باقى القرحة

رسم نمرة (٥) شانكر متأكل — ترى ثلاث قرح صغيرة . وهذا النوع يعقبه دائماً اعراض شديدة . ويكون دور خمول المرض قصيراً جداً ويدخل المريض دور رجوع الاعراض بسرعة وربما أعقبته اعراض عصبية قوية .

اقسام الشانكر

(١) من حيث مكانه الشانكر

ينقسم الشانكر من حيث مكانه الى قسمين : —

(١) الشانكر التناسلى (جينيتال)

(٢) الشانكر الغير التناسلى (اكسترا جينيتال).

(١) الشانكر التناسلى

هو القرحة الزهرية التى تكون على العضو التناسلى للرجال والنساء ، ولا يقتصر الاسم على القرح التى تكون على القضيب أو المهبل بل يشمل أيضاً كل القرح التى

تكون حول القضيب،مثلا على الصفن أو العانة أو فتحة الشرج (اينس) عند الاطفال أو الأولاد الذين يكونون عادة ضحية للعادات القبيحة كاللواط أو عند النساء اللواتى يأتيهن بعض الرجال بشكل غير طبيعى . واحياناً توجد القرح خارج فتحة الشرج فى منطقة الجلد التى فوق العجز . والقرح التناسلية عند الرجال تكون عادة على رأس القضيب (الثمرة) أو على الدائرة التى بين القلفة ورأس القضيب أو على الغلفة أو على ظهر القضيب وكثيراً ماتكون عند أسفل القضيب عند اتصاله بالصفن أو على العانة التى فوق القضيب وقليلا على الصفن (سكروتم) . وعند النساء تكون القرحة عادة على شفرتى الفرج ـ (لابياماجوراولا بيامينورا) ـ أو عند فتحة مجرى البول أو على العانة . وقليلا لما تكون على حوائط المهبل [1] . وأحياناً تكون حول عنق الرحم وفي بعض الحالات تكون على السطح المخاطى الداخلى لعنق الرحم .

(٢) الشانكر الغير التناسلى (اكسترا جينيتيال)

هو القرحة الزهرية التى تكون واقعة بعيدة عن الأعضاء التناسلية ، وليس معنى غير تناسلى أن تكون القرحة الزهرية متسببة عن أى عمل غير تناسلى أو شبيه بالتناسلى كالقبلة الشهوانية . . . . الخ . والاغلبية الكبرى فى هـذا النوع وجود القرحة على الشفتين أو اللسان أو داخل الفم على سطح اللوزتين أو الحلق الأعلى أو اللثة ، وكثيراً ماتكون على الذقن وقليلا على الحدود أو عند فتحة الأنف أو الادن . ولوحظ على الثديين والصدر عدد يذكر من القرح ، واحياناً تلاحظ القرح على أصابع اليد عند الاطباء وطلبة الطب وعند بعض الاشخاص الذين يلمسون الاعضاء التناسلية بايديهم برغبة وميل عظيمين .

وكما قلنا أولا يمكن وجود القرحة على أى جزء من اجزاء الجسم يتعرض للعدوى

---

(١) ولقد اكتشفت بعض القرح الزهرية على حوائط المهبل عند فحص بعض السيدات اللواتي كنت اعالجهن من التهاب فى عنق الرحم أو الرحم او المبيض أو بسبب العقم ، وكانت هذه الاكتشافات نتيجة التدقيق فى فحص حوائط المهبل ، ولذا ننصح لكل من يفحص المهبل أن يدقق جدا ليلاحظ وجود قرح زهرية من عدمه .

(ب) الشانكر من حيث شكله

وينقسم الشانكر من حيث شكله الى اقسام عديدة تختلف عن بعضها اختلافاً بيناً بالنسبة للونها واتساعها وتقيحها وتآكلها ، ونظافة سطحها واتساخها ، وعناد بعضها وبقائها رغماً عن العلاج الذي يشفى البعض الآخر بسهولة غريبة، وخطورة موقعها . . الخ

وسنذكر هنا بعض هذه الانواع المهمة تاركين تفاصيل الانواع الاخرى لمؤلف اكبر من هذا :-



رسم نمرة (٦) – شانكر مأكل

فى هذا الرسم (٦) ترى قرحتين على جلد القضيب . يظهر التصلب عند الفحص باليد كجسم صغير متحرك تحت الجلد . وهذا أحسن نوع من الشانكر لتشخيص السبيروشيتا باليدا فى عينة منه . وكثيراً ماتعود وتظهر عند المريض قرح تشبه القرح الأولية حتى بعد اختفاء هذه . ولمنع حصول هـذا لابد من اعطاء المريض علاج (انترامين) إذ يساعد ذلك على الشفاء التام من التصلب بالقرحة (ماك دوناخ) .

(١) الشانكر المتآكل (ابروسف شانكر)

هو الشانكر الذى يحصـــل تآكل بسيط فى سطحه فيتلف الطبقة الرقيقة العليا للبشرة وقليلا مايحصل فى طبقاته العميقة تصلب أو تحجر ظاهر .

وهو النوع الاكثر انتشاراً ، وفى اكثر الاحيان يكون متعدداً فتظهر قرحتان أو ثلاث ولوحظ ٨ و ٩ و ١٣ فى آن واحد . وهو النوع الذى يسهل تشخيصه ميكروسكوبياً لسهولة عمل عينة تظهر فيها سبيروشيتا باليدا بكثرة ، ولو ان تشخيصه اكلينيكياً صعب خصوصاً لما يظهر على حشفة القضيب (التمرة) — جلانز بينيس — حيث يحتاج الطبيب لخبرة تامة وملاحظة دقيقة لتشخيص قرحة كثيراً لا تظهر بشكل أوضح من احمرار بسيط على الحشفة بسطح رقيق متآكل مستدير . ومهما تقاربت القرح المتعددة فى هذا النوع فانها لا تتصل ببعضها بعد امتدادها فى أغلب الاحيان .



رسم نمرة (٧) شانكر متآكل

ترى ثلاث قرح . الغدد الليمفاوية المجـاورة تكون عادة متصلبة . دور تعميم العدوى يكون عادة شـديداً . الاعراض المتأخرة كالتغييرات فى الأوردة والشرايين والاعراض العصبية يحتمل ان تظهر بشدة (ماك دوناخ) .

وكثيراً ما توجد قرحة على الحشفة وقرحة تقابلها من نفس النوع على القلفة — بريبيوس — ويكثر هذا النوع من الشانكر على جلد القضيب وعلى تاج الحشفة — كورونا جلاندس — ولما يكون على تاج الحشفة أو أحياناً على الحشفة تلتبس الحالة بمرض التهاب الحشفة (بالانيتيس)،ولكن يسهل التفريق بينهما (أولا) بوجود قرح متعددة منها واحدة أكبر من غيرها فى الزهرى (وثانياً) استعمال مطهرات خارجية موضعية خالية من الزئبق يشفى التهاب الحشفة ولكن القرح الزهرية تتحسن فقط وتبقى كما هى (وثالثاً) بالفحص الميكروسكوبى توجد سبيروشيتا باليدا فى القرح الزهرية وتوجد سبيروشيتا بالانيتيديتس فى التهاب الحشفة ، وطبعاً غنى عن البيان ذكر ضرورة معرفة تاريخ المرض وتقدمه .. الخ مما يساعد كثيراً على تشخيص الحالة .

وقصارى القول ان الشانكر المتأكل فى شكله الاعتيادى هو الشانكر الذى له سطح احمر لامع مع وجود ليمف مجفف . وأحياناً يكون مصفرًّا من وجود غشاء افرازى عليه ، وفى كلا الحالتين يمكن اخراج السائل الدموى أو المصل الدموى(سيروم) بضغط سطح الشانكر . وفى اكثر الحالات يكون مصحوباً بتصلب (انديوريشن) يختلف باختلاف الموضع وشكل العدوى .

ولوحظ أن هذا النوع من الشانكر يكون نذيراً فى حالات كثيرة بحصول اضطرابات مختلفة فى الجهاز العصبى نتيجة الزهرى ، وربما امكن تعليل ذلك بأن العدوى لما تظهر فى شكل هذا الشانكر تكون عادة قوية اذ لا تضعف قوة سبيروشيتا باليدا بمهاجمة ميكروبات صديدية اخرى تنمو معها كما يحصل فى أنواع اخرى من الشانكر ، ولا تتأثر ميكروبات الزهرى بافرازات هذه الميكروبات الصديدية البروتيوليتيكية فيكون هجومها اشد وانتشارها اسرع . ومع كل ذلك فهذا تعليل بسيط اذ أننا لهذه اللحظة لم نصل للتحقق من معرفة سير المرض وشدته وضعفه من اشكال القرح الاولى ، الا أن الاحصائيات المختلفة بينت ان الزهرى الذى يبتدىء بشانكر من هذا النوع يكون عادة اشد وطأة منه فى الأنواع التى تبتدى بأنواع أخرى من الشانكر



رسم نمرة (٨) شانكر متقرح ومتآ كل . أربع قرح ــ اثنتان على تاج الحشفة ووا حدة على الحشفة وواحدة على خماص القضيب .

(٢) الشانكر المتقرح (الصيراتف شانكر)

(ا) يظهر هذا الشانكر عادة بشكل حليمات زهرية (بابيول سيفيليتيك) وكثيراً ما يكون صغير الحجم جداً . ولكنه يكبر ببطء وفجأة يبتدىء يتقرح ويتسع وتتربى قشرة (كراستا) على سطح القرحة نتيجة التقرح السريع ، وهذه القشرة تتخذ عادة لوناً اصفراً محمرًا أو تكون بلون بنى غامق وتكون جافة اكثر من القشرة التى تغطى القرح الصديدية (بيوجينيك) . وهذه القشرة يجب أن تنزع من سطح القرحة الزهرية قبل تشخيص القرحة ، ومجرد نزعها بعناية يساعد كثيراً على التشخيص الصائب ، ففى القرحة الزهرية يكون سطح القرحة مغطى تماماً بالقشرة وفى القرحة الصديدية تغطى القشرة وسط القرحة فقط والدائرة الغير المنتظمة حول القشرة تكون مكشوفة . وعند رفع القشرة يكون سطح القرحة الزهرية مغطى بالصديد وحافة القرحة ملتهبة ومحمرة نتيجة تأثير القشرة التآكلى (بروتيوليتيك) ، وبمسح الصديد

بقطعة قطن ترى السطح ناعماً وحافة القرحة ملتصقة بسطح قرحة غير محفور بأسفلها (نوت انديرميند) غير مرتفعة ، وترى الحافة منتظمة الشكل بعكس القرحة الصديدية التى يكون سطحها متأكلاً خشناً وسخاً قذراً وحافتها مرتفعة ملتهبة غير ملتصقة بسطح القرحة لوجود حفر بأسفلها ،وترى شكل القرحة غير منتظم لانتشار التقرح فى اتجاهات مختلفة بانتشار الميكروبات الصديدية وافرازاتها السامة .



رسم نمرة (٩) شانكر متقرح
ترى ثلاث قرح ــ واحدة منها مصحوبة بورم عند رأس القضيب
(ماك دوناخ)

ويكثر وجود هذا الشانكر نمرة (٩) على تاج الحشفة (كورونا) وخصوصاً عند اتصال تاج الحشفة بقيد القضيب (فرينم) وكثيراً ما يظهر على نفس قيد القضيب أو على جانبى القيد حيث تظهر قرحتان فى آن واحد وعند ما تتقرحان تفتكان بالقيد



رسم نمرة (١٠) شنكر مخف
— ترى تآكلا بتقرح على ظهر القضبب . وترى تورماً بجلد القضيب ، وترى القلفة مثنية على نفسها من الداخل عد فتحتها الاماميه (ماك دوناخ)

(سيفيلس دامبليه)

(ب) وأحياناً يظهر الشانكر المتقرح كحليات زهرية صغيرة وتختفى بدون علاج وغالباً لا يلاحظها المريض . واكثر الحالات التى يظن أنها من نوع الزهرى المسمى (سيفيلس دامبليه) [1] اى الزهرى الذى لا تظهر له قرحة اولية بل يبتدىء ظهوره

(١) فى حالات الزهرى من هذا النوع يكثر الجدل بين الاطباء فى تشخيص المرض ، ويعود ذلك اولا الى جهل كثيرين من المرضى او ثانيا الى تمسك كثيرين من الاطباء والبكتيريولوجيين بقيمة تحليل الدم . وسنشرح ذلك تفصيليا فى باب (عملية فازرمان) .

بظهور الاعراض الثانوية كالطفح الجلدى او التقرحات التى على الشفتين او اللثة أو تورم بعض الغدد تكون عادة بدئت بظهور القرحة الزهرية الاولى بشكل شانكر متقرح كهذا يختفى وهو صغير بدون أن يلاحظ وجوده ٠



(١) صورة قضيب به طفح جلدى حلمى متقرح (بابيولو باسبيولار) نتيجة تأثير الجرب (سكابيوزا)

(رسم نمرة ١١)

(٢) صورة قضيب به قرحة زهرية مع عدوى ثانوية بميكروب (ستربتوباسيل دوكريه) وهو ميكروب القرحة الرخوة وترى بتاج الحشفة (كورونا) ورما بسيطا نتيجة العدوى الثانوية

(٣) صورة قضيب به مرض مولاسكم كونتاجيوزا (ريكة)

(وضعت الثلاث صور بجوار بعضها للمقارنة مساعدة على تشخيص الحالات)

(٣) الشانكر الكبير او الضخم { شانكر جيان بالفرنسية / ريزنشانكر بالألمانية

هو نوع من الشانكر يكبر حتى يكون اكبر من حجم الليمونة أحيانًا ويكثر وجوده فى اسفل البطن وأعلا العانة . وعادة يظهر منفرداً كقرحة واحدة ولو انه يظهر متعدداً أحيانًا، وقد رأيت مريضًا به شانكر من هذا النوع تحيط به قرح زهرية صغيرة بشكل غير منتظم وظهرت هذه القرح فى وقت واحد ولاحظت أن العينات التى أخذتها من القرح الصغيرة امكن رؤية سبيروشيتا باليدا بها ولم أتمكن من رؤية سبيروشيتا قط فى ثلاث عينات من الشانكر الاكبر.



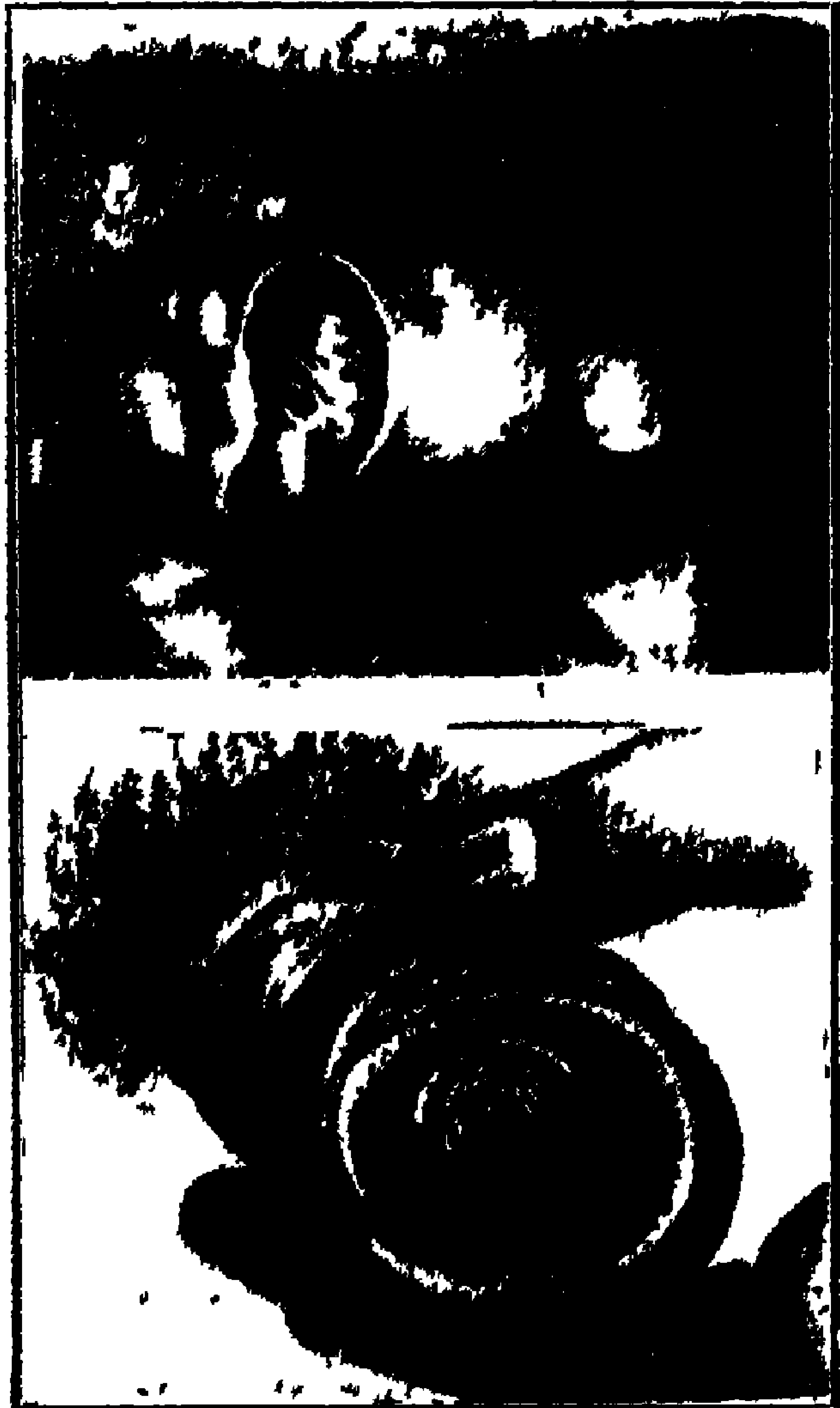
(رسم نمرة ١٢) صورة قضيب به شانكر متأ كل مصحوب بما يسمونه (كونديلوما اكيومينا تا) « ماك دوناخ »

(٤) الشانكر البثرى (اكثيماتص شانكر)

يظهر هذا الشانكر عادة فى أحجام كبيرة نوعًا كحجم المليم أو قطعة الملليمين الى القرش الصاغ ، وسطحه مرتفع منتظم مغطى بقشرة (كراستا) اذا ما نزعت ظهر

السطح بشكل حبيى (جرانيولار) خصوصاً فى النوع الكبير الحجم . ويظهر هذا النوع عادة على الجلد وخصوصاً فى الزهرى الغير التناسلى (اكسترا جينيتال) فمثلاً يظهر على البطن والخد والثديين حيث يكون مصحوباً بالتهاب يحيط به بسيط بالنسبة لحجم الشانكر الكبير ، ولما يظهر على القضيب يكون مصحوباً بورم كبير لوجود الجلد على القضيب بحالة رخوة .

ويوجد نوع من الشانكر يسمى (فاجيدينك شانكر) أى الشانكر ذو السطح المتأ كل جداً ببعض التقرح . وهو نفس النوع السابق أى الشانكر البثرى عند ما تحصل له عدوى ثانوية (ساكاندرى اينفكشن) بميكروبات أخرى أهمها نوع آخر من سبيروشيتا اسمه (حرام نيجاتيف سبيروشيتا) مصحوباً بميكروب يعاونه على الحياة



(رسم نمرة ١٣) الأيمن — شانكر مجرى البول — راجع صحيفة ٥٣
الأيسر — شانكر متقرح — ترى القرحة بأعلا القلفة وترى بالقلفة بعض الورم .

اسمه (فيوزيفورم باسيل جرام نيجاتيف) وهذا الشانكر ينتشر ويتسع فى الحجم بشكل اكبر من سابقه

ولوحظ انه تصعب رؤيا ميكروب سبيروشيتا باليدا فى العينات المجهزة من نوعى الشانكر الأخيرين .

(٥) شانكر تاج الحشفة فيموزى (كورونال شانكر كوم فيموزس)

هذا النوع ليس نوعاً قائماً بذاته بل هو من نوع الشانكر المتآكل مصحوباً بفيموزس أى بورم فى القلفة (بريبيوس) . ولوحظ أن القلفة تكون متورمة فى الجهة التى بها الشانكر ويمكن تشخيص هذا الشانكر بسهولة ومن رأى شانكراً كهذا مرة واحدة فى حياته لا يخطىء تشخيصه مرة أخرى . إذ بالنظر يُرى ورم بالقلفة بارز من جهة واحدة من القضيب ، وهذا الورم ليس ناتجاً عن التهاب بالقلفة بل هو نتيجة التصلب الزهرى بالأوعية الليمفاوية أو بالشرايين والأوردة الصغيرة . ويُرى تغير فى لون القلفة يميل للون نحاسى اسود فى الأجسام ذات البشرة السمراء أو للون أزرق بنفسجى فى الأجسام ذات البشرة البيضاء الناصعة . وبالفحص باليد(باليشن) يشعر الطبيب حالا بتصلب القرحة بين أصابعه ويندر جداً عدم وجود هذا التصلب فى هذا النوع . ولم أرَ إلا شانكراً واحداً من هذا الشكل ليس به تصلب وبالتدقيق اتضح انه شانكر متقرح وكان الفيموزس — الورم — ناتجاً عن وجود مرض السيلان (جونوريا) ايضاً عند المريض ، ولأن هذه حالة نادرة فاننى ذكرتها لأستلفت النظر للاهتمام بتشخيص القرحة الزهرية تشخيصاً دقيقاً جداً اذا كانت مصحوبة بالتهاب سيلانى ايضاً .

(٦) شانكر مجرى البول (يوريثرال شانكر)

هو الشانكر الذى يظهر على حوائط مجرى البول (يوريثرا) وهذا النوع والنوع (٥) يظهران دائما نتيجة الجماع . ويندر جداً بدء ظهور شانكر مجرى البول داخل المجرى

إذ فى أكثر الأحيان يمتد من الصماخ — فتحة القضيب الأمامية (ميتس) الى داخل مجرى البول ولذا تكون حشفة القضيب (جلانز بينيس) مصابة أيضاً .



(رسم نمرة ١٤) شانكر مجرى البول
ترى القرحة الاولى ظاهرة على الحائط الايسر للخماص «ماك دوناخ»

وبالفحص بالنظر (اينسبكشن) يلاحظ افراز دموى من مجرى البول أو نصف دموى وأحياناً يكون أصفراً وغزيرا حتى يشك فى ان الحالة سيلان . وكثيراً ما ترى غدد ليمفاوية ملتهبة وبارزة بالجهة اليسرى أو اليمنى من أسفل العانة نتيجة الالتهاب الزهرى السريع الذى يحدث فى مثل هذه الأصابات.

ويعلل بعضهم سرعة انتشار المرض فى هذا النوع وسرعة انتقال المريض من دور القرحة الاولى لدور تعميم العدوى بقولهم انه ربما تتمكن الميكروبات الزهرية بسهولة من الوصول للدورة الدموية لوجود القرحة الأولى على سطح مخاطى كمجرى البول يمتص هذه الميكروبات بكمية أكبر من امتصاصها داخل السطوح الجلدية .

وهذا الشانكر من أخطر الأنواع ان لم يكن أخطرها . أولا لأن المريض يصل لدور تعميم العدوى بسرعة أكثر منها فى باقى الأنواع . ثانيا لانه يحدث ضيقاً شديداً أحياناً فى الصماخ — فتحة مجرى البول الامامية — ينتج منه أضرار شتى للمريض كما سيجىء الكلام عند شرح الأمراض السيلانية . ثالثا وقوف هذا الشانكر عثرة فى

سبيل علاج المريض من مرض السيلان الحاد اذا أصيب به المريض صدفة مع مرض الزهرى ، أو فى ظرف يومين أو ثلاثة قبــل ظهور القرحة الزهرية . رابعا تأثيره على الصحة العمومية اذ كثيراً ما يحصبه ارتفاع فى درجة الحرارة ووجع وآلام فى الرأس وألم شديد عند التبول أو عند حصول انتصاب فى القضيب .

تشخيص الشانكر

مما تقدم نرى الخلاف العظيم بين انواع القرحــة الزهرية الاولى ولذا نفهم ان تشخيص الشانكر ليس بالأمر السهل فى حالات كثيرة ، ولكن العلم توصل الآن لنقط معينة ثابتة توصل الأطباء لتشخيص الشانكر بدقة بحيث أصبح من المتعذر وقوع أطباء هذا العصر فى غلطة هنتر حيث أخذ افرازاً سائلا من صماخ قضيب (انتيريور ميبتص) وظن أنه أخذ ذلك الأفراز من حالة مريض بالسيلان والواقع أنه أخذ افرازاً كان ناتجاً على الارجح من وجود النوع الأخير من الشانكر وهو شانكر مجرى البول، وعلم القارىء من وصف هذا الشانكر انه يكون مصحوباً بأفراز سائل مصلى أو دموى اللون وهذا هو الأفراز الذى ظنه هنتر افراز السيلان . والآن يمكن كل طبيب التمييز بين الافرازين بسهولة حتى من لونهما وللتحقق يمكن الطبيب فحص كل افراز فحصاً ميكروسكوبياً لتشخيص ميكروب السيلان (جونوكوك).والمشقة التى يلاقيها الطبيب عند التشخيص هى التمييز بين القرحة الزهرية الأولى و بين القرحة الرخوة (سوفت شانكر — اولصيرا موللا — اولكص مول) وقد بينا اوصاف القرحة الزهرية الاولى وسيأتى وصف القرحة الرخوة فى باب آخر .

وقد اعتاد البعض خطأ ان يهتم بالنقط الاتية فى تشخيص القرحة الزهرية الاولى وهى :

(١) يجب ان تظهر القرحة لتكون زهرية بعد مرور ٣ الى ٦ أسابيع من يوم العدوى

(٢) يجب ان تكون قرحة واحدة منفردة

(٣) يجب ان تكون قرحة صلبة أى بها تصلب فى أسفلها

(٤) يجب ان تكون الغدد الليمفاوية التى بقربها كبيرة ومتصلبة عند اللمس .

وسنتكلم أولا عن هذه النقط ونرجع للتمييز بن القرحتين الزهرية والرخوة :—

(١) ظهر مما تقدم ان دور الحضانة يتغير كثيراً فالتعويل على تحديد المدة التى تنقضى من يوم التعرض للعدوى خطأ ظاهر خصوصاً اذا لاحظنا ان كثيراً من المرضى ينسبون دائماً ما يصيبهم من الأمراض لآخر امرأة كانت لهم معها علاقة تناسلية ، فاذا سألت مريضاً عن المدة التى مضت على الجماع حتى ظهرت عليه القرحة أجابك من أسبوع واحد وهو يقصد بذلك آخر جماع . وترى بعض المرضى مغرمين بنسبة كل ما يصيبهم من الامراض لواحدة مخصوصة من النساء اللواتى عرفهن : فمثلا زارنى مريض يعرف ثلاث نساء : اثنتان منهن راقصات فرنسيات بالمسارح والثالثة عاهر مصرية وكان دائماً ينسب ما يصيبه للثالثة وكان يعطى معلوماته عن أمراضه التناسلية ويقرر المدد التى تمضى على آخر زيارة للعاهر المصرية وذلك لاعتقاده نظافة الراقصتين ، حتى اسعده الحظ باكتشاف سر واحدة منهما وعلم أنها مريضة بالزهرى والسيلان معاً . وزارنى مريض آخر متزوج وبه قرحة زهرية أولية وكان ينسب هذه القرحة لامرأة زارها مرة واحدة منذ ٧ شهور واكد انه لم يزر غيرها وهو رجل متزوج ، ولكون دور الحضانة لا يكون عادة لمدة طويلة كهذه خطر لى ان الرجل صادق فى روايته الا ان نسبة العدوى لتلك المرأة ظلم فاحش ، وربما كانت زوجته هى التى نقلت اليه العدوى . ولتأكدى من التشخيص بغض النظر عن روايته تركت مسألة مصدر عدواه بدون بحث آخر حتى زارتنى بعد ذلك سيدة مريضة بالزهرى وبها قرحة زهرية من نوع الشانكر المتأكل المصاب بعدوى ثانوية صديدية وقد ظهر عليها طفح جلدى حليمى متقرح (بابيولو بوستيولار) وعلمت منها أنها زوجة المريض السابق الذكر ، ولم تكن تعلم أنها مريضة حتى لاحظت هذا الطفح مع ملاحظة بعض « اكلان خفيف من تحت خصوصاً عند الغسيل وبعدين صار حرقان » ، ومن تقدم المرض ظهر جيداً أنها كانت مريضة قبل زوجها وهى التى نقلت اليه العدوى بعكس ما كان يعتقد لسوء حظه . ومن هـذا يظهر ان الاعتماد على المدة التى يذكرها المريض غلط . بل ننصح بعدم سؤال المرضى عن هذه المدة اللهم الا اذا كان المريض من الطبقة المتعلمة او اذا كان الطبيب ممن يحبون دراسة مرضاهم دراسة نفسية (بسيكولوجيا) ولا يعتمدون على معلوماتهم فى تشخيص المرض . وليتذكر القارىء ان القرحة الزهرية فى **الزهرى الخبيث** تظهر

أحياناً بعد ٣ الى ٥ الى ١٠ أيام من التعرض للعـــدوى وأحياناً يتأخر ظهور القرحة الزهرية العادية الى شهرين أو أكثر كما تقدم .

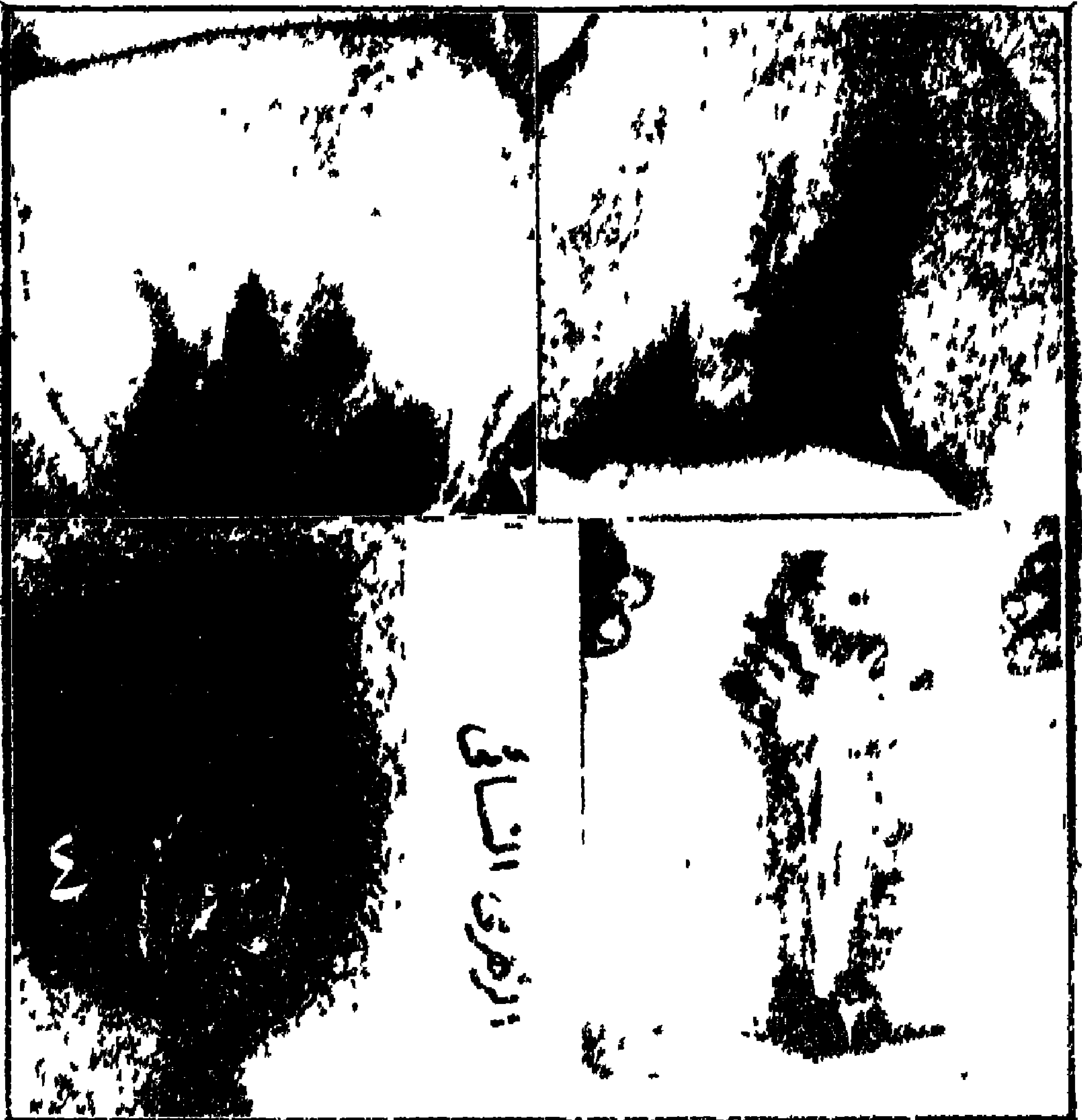
(٢) أما كون القرحة الزهرية الأولى يجب أن تكون قرحة واحدة فهذا خطأ يقع فيه كثير من الأطباء خصوصاً غير الاخصائيين منهم ممن درسوا الزهرى دراسة قديمة غير متتبعين تقدم العلم واكتشافاته إذ ان أكثر من ربع القرح الزهرية يظهر متعدداً كقرحتين أو ثلاث أو سبع قرح . نعم ان أكثرية قرح الزهرى الغير التناسلى (اكسترا جينيتال) تظهر كقرحة واحدة ولـكن توجد استثناءآت لذلك وعند تشخيص أى حالة يكون الطبيب أمام حالة واحدة وليس امام مئات من المرضى ليعطى عنهم احصائية علمية .

وكثيراً ما تكون نفس القرحة الرخوة غير متعددة خصوصاً فى أول ظهورها أو اذا كانت من النوع المرتفع (أولـكوس مول ايليڤيتم) حيث تكون واحدة وهي القرحة التى يطلب من الطبيب أن يقول ان كانت قرحة رخوة أو قرحة زهرية . وقد بينا فى وصف أنواع الشانـكر ان كثيراً من هذه الأنواع يظهر متعـــدداً وليس كقرحة واحدة خصوصاً ما كان من نوع الزهرى التناسلى وهو النوع الأكثر انتشاراً فى مصر ولذا فاننا ننصح بعدم التعويل على هذا القول ايضاً بل يجب الاهتمام بفحص نفس القرحة من حيث شكلها ولونها وامتدادها وعمرها ... الخ من مميزات القرحة جلدياً ، مع العناية بفحص نوع الميكروب ايضاً .

(٣) وأما ان القرحة الزهرية الأولى يجب أن تكون صلبة (اينديوريتد) فقد بينا أولاً فى وصف الشانـكر انه يكون عادة متصلباً . ولـكن من المفهوم باتولوجياً ان التصلب (انيديوريشن) لحد محدود هو من ادوار الشفاء فى عملية الالتهاب واننـا اذا نصحنا المرضى باستشارة الأطبـاء حالاً عند ما يلاحظون ظهور أول حبة أو أصغر شكل من أشكال الشانكر — وهذا واجب عليهم إذ يمكن عندئذ معالجة المرض جيداً — فاننا لا نتوقع وقتئذ أن تكون عملية الالتهاب الزهرى قد تقدمت فى تطوراتها حتى يكون التصلب ظاهراً محسوساً بل عندئذ يكون التصلب بسيطاً جداً أو غـــير محسوس . وقد تكون القرحة زهرية وليس بها

تصلب ما كما سبق فى وصف الشانكر . وقد تظهر القرحة الزهرية كحليمات صغيرة (بابيول سيفيليتيك) وتختفى قبل حصول التصلب الا اننا يجب أن نذكر ان التصلب يكون محسوساً جداً عند ما يكبر الشانكر و يبتدىء المرض فى دخول دور تعميم العدوى . ولذلك يجب عند فحص الشانكر أن يفحص جيداً لوجود تصلب به ولكن الطبيب لا يبحث عن وجود التصلب أو عدمه ليقرر من ذلك كون القرحة زهرية أو لا . بل يبحث عنه مع ملاحظة شكل القرحة وموقعها ايضاً إذ أن بعض القرح التى تكون داخل المهبل عند النساء وهى نادرة تكون رخوة مثلا . وليتذكر ما سبق وقدمنا عند ذكر أنواع الشانكر .

(٤) أما عن كبر حجم الغدد الليمفاوية المجاورة للشانكر وتصلبها فقد سبق وذكر ان الغدد الليمفاوية المجاورة للشانكر تكبر أحياناً فى بعض الأنواع ولكنها فى أخطر نوع من الشانكر (الشانكر المتأكل) تكبر قليلا وتكون متصلبة جداً . واما فى الشانكر المتقرح فانها تكبر ايضاً ولكنها تكون أحياناً رخوة . وليلاحظ القارىء انه فى أكثر الأمراض التناسلية الأخرى تكبر الغدد الليمفاوية التى فى منطقة المرض ففى السيلان مثلا تكبر الغدد الليمفاوية المجاورة للقضيب . نعم انها لا تكون متصلبة كتصلبها فى الزهرى ولكن التمييز بين درجتى التصلب غير ميسور الا لخبرة الاخصائيين . وكما قلنا فى البند السابق عن تصلب الشانكر نقول هنا أيضاً عن تصلب الغدد الليمفاوية فانها لا تصل الى الدرجة التى يتطلبها البعض من التصلب الا عند دخول المرض فى دور تعميم العدوى . وهذه علامة لا تخدمنا قط اذا أردنا تشخيص القرحة عند ظهورها خصوصاً اذا لاحظنا انه فى أكثر من ٧ فى المائة من الحالات لا يوجد أى تغيير محسوس فى الغدد الليمفاوية المجاورة .



(رسم نمرة ١٥) (١) شانكر على الشفرة اليسرى للفرج (لابيا ماجورا) مصحوب بضخم صلب أى اوذيما (ايديما ايندبوراتيفا) وهذا الضخم يظهر فى اكثر حالات الزهرى عند النساء لما يكون على الفرج وهو مميز لهذا النوع من التشانكر. وترى بضعة حلمات صغيرة حول هذا التضخم. (٢) شانكر على شفرتى الفرج مصحوب أيضاً بذلك التضخم المميز للقرح النسائيـــة. (٣) تقرحات زهرية ثانوية على الفرج والشرج يسمونها (كونديلوماتالاتا) تكون بارزة عن سطح الجلد قليلا وتكون رطبة ناعمة مكشوفة سطحها كالقطيفة لبس عليها افرازات صـــديدية اللهم إلا إذا اصيبت بعدوى ثانوية صـــديدية. (٤) شانكر متقرح على شفرتى الفرج وترى نتيجة ذلك التقرح السريع من تأثيره على الشفرتين وذهاب جزء عظيم منهما. وقد حصل هذا التقرح بسرعة غريبة حتى يمكن اعتبار الحالة من نوع الزهرى الخبيث (سيفلبس ماليجنا)

والآن نظن اننا شرحنا للقارىء النقط السابقة شرحاً كافياً ومن هذا الشرح ومما سبق يتمكن القارىء من تقدير كل علامة من هذه العلامات عند تشخيص القرحة ونتكلم الآن على وصف الشانكر العام بغض النظر عن الصفات المميزة لكل نوع : —

وصف عام للشانكر

يبتدىء الشانكر عند ظهوره كحبة صغيرة (بابيول) بقدر نصف رأس (الدبوس) الصغير وتكبر شيئاً فشيئاً حتى تصل الى حجم (حبة البن) وتكون هذه الحبة غير مرتفعة عن سطح الجلد إلا قليلا ويكون سطحها أحمر اللون أو لونها (بنى) وتكون بها لمعة مخصوصة وأحياناً يظهر بها تقرح بسيط

وكثير من مؤلفات الباتولوجيا ينسب التقرح الذى يصيب الشانكر لتأثير الالتهاب الزهرى والواقع انه يجوز نسبة التقرح الموجود فى حالات قليلة لتأثير الزهرى وحده وفى باقى الحالات اى فى اكثرها يكون التقرح الموجود بالشانكر ناتجاً عن واحد من ثلاثة اسباب (١) (اولا) عن اصابة بحادثة (ترومانك) كجرح الشانكر او سلخة او حدش البشرة او استعمال مواد كيماوية لعلاجه تؤذى سطحه فيحصل فيه تأكل او تقرح .

(وثانيا) عن عدوى ثانوية (ساكندارى اينفكشن) ببعض الميكروبات الصديدية (بيوجينيك)

(وثالثا) عن عدوى مزدوجة بميكروبات الزهرى وميكروبات القرحة الرخوة

ويرى البروفيسور البرت جيزيونيك (٢) ان لا تأثير للزهرى نفسه على التقرحات التى توجد بالقرحة الاولى التى اذا كانت لىس بها عدوى ثانوية فتشفى ولا تترك اثراً بعدها

وغنى عن البيان انه يمكن حصول اى عدوى ثانوية للقرحة الزهرية فتنتج مثلا قرحة زهرية متأكلة متقرحة جداً او ما يسمونها قرحة فاجيدينية (او لكوس فاجيدينيكوم) . اوتنتج قرحة زهرية غلغمونية أو ما يسمونها (اولكوس جانجرينوسم) او تنتج قرحة زهرية دفتيريه اوما يسمونها (ديفتيريتيك شانكر) ويمكن تشخيص كل قرحة من هذه بشكلها وبفحص عينة مأخوذة من سطحها تظهر فيها الميكروبات الخاصة بها، وخصوصا فى نوع القرحة الزهرية المصابة بقرحة رخوة (٣)

---

(١) بوشكه

(٢) Biologie der Gesunden und Kranken Haut, von Prof. Dr. Albert Jesionek; Leibzig 1911

(٣) راجع (باب القرحه الرخوه) المذكور بعدئذ

وأحيانًا يصاب سطح الشانكر بتآكل بسيط ينتشر حتى يكبر فيصير بحجم (الترمسة) وأحيانًا يتقرح سطح الشانكر ويمتد التقرح ويكبر حتى يصل لحجم قطعة الخمسة ملليمات أو الخمسة قروش .

أما حافة الشانكر فتكون منتظمة فى شكلها وتكون غالبًا بشكل دائرة وأحيانًا تحيط بها دائرة صغيرة من الالتهاب وكثيرًا لا توجد هذه الدائرة . وتكون حافة الشانكر المحيطة به مرتفعة قليلاً عن سطح الجلد وأحيانًا تكون فى استواء سطح الشانكر وتكون حافة غير محفور تحتها (نوت انديرميند)

وأما سطح الشانكر فيكون أحمرًا نظيفًا فى أكثر الأحوال التى ليس بها عدوى ثانوية ويكون ناعمًا لامعًا ليس به صديد وليس متسخًا بافرازات الالتهابات المختلفة وأحيانًا يظهر كسطح أحمر تحيط به دائرة لونها وردى خفيف أو أبيض من تكوّن حلقة ليفية حوله

وعند ظهور الشانكر لا تكون الغدد الليمفاوية محسوسة أو متصلبة وتبتدىء الغدد تكبر وتتصلب فبعد مرور أسبوع مثلاً فى الحالات الاعتيادية تصبح الغدد ملموسة ومتصلبة نوعًا ويزداد تصلبها كلما تقدم المرض حتى تصبح فى أشد حالتها من التصلب عند دخول المرض فى دور تعميم العدوى

ولذا يجب ملاحظة ذلك عند التشخيص وتقدير عمر الشانكر من شكله الظاهرى وتطبيق عمر الشانكر على حالة الغدد الليمفاوية وتقدم الورم والتصلب بها

هـذا وصف اجمالى للشانكر [١] الاعتيادى وقد علم القارىء أشكال الشانكر الاخرى ولذا نرى أن نبين الآن الفرق بين الشانكر أى القرحة الزهرية و بين القرحة الرخوة أي (سوفت شانكر أو الكوس مول)

---

(١) نستعمل اعتياديا لفظة شانكر بمعنى (هارد شانكر) اى القرحة الزهرية وذلك للاختصار وقد أصبحت الآن اللفظة التى تؤدى هذا المعنى ولو ان (القرحة الرخوة) شانكر أيضا ولكن يجب ذكر (سوفت شانكر) لتميزها .

القرحة الزهرية	القرحة الرخوة (١)
الشانكر	سوفت شانكر
(١) دور الحضانة يكون عادة من ٣ الى ٦ أسابيع	(١) دور الحضانة يكون عادة قصيراً جداً اذ تظهر القرحة بعد مرور ٢٤ الى ٤٨ ساعة تقريباً بشكل حبة صغيرة متقيحة وتكبر وتصير قرحة فى ثلاثة الى سبعة أيام تقريباً
(٢) يظهر الشانكر كقرحة واحدة واذا ظهر كقرح متعددة فتكون قليلة العدد وتظهر عادة فى وقت واحد الا فى بعض الحالات	(٢) تظهر القرحة الرخوة متعددة غالباً و يكون عدد القرح كبيراً . وتظهر متابعة لأن الجلد يصاب بالعدوى بسرعة من نفس القرح الموجودة وقليل لما تظهر القرحة الرخوة كقرحة واحدة وربما لا يحصل ذلك الا عند مريض يسلم نفسه للعلاج بسرعة فيقف العلاج فى طريق نمو القرح الجديدة بالتلقيح
(٣) يظهر الشانكر كقرحة فى ارتفاع سطح الجلد وأحياناً تكون مرتفعة قليلا جداً عن سطح الجلد	(٣) تظهر القرحة الرخوة كقرحة نازلة قليلا عن سطح الجلد وأحياناً تكون كحفرة صغيرة داخل الجلد
(٤) تكون حافة القرحة مرتفعة قليلا عن سطح الجلد وأحياناً تظهر كأنها فى نفس سطح الجلد ولا تكون هذه الحافة محفورة من تحت (نوت انديرميند)	(٤) تكون حافة القرحة مرتفعة قليلا عن سطح القرحة نفسه ويكون الجزء الذى تحتها محفوراً (أنديرميند)

(١) قبل مطالعة هذه المقارنة بين القرحتين الزهرية والرخوة ننصح القارىء أن يطالع باب (القرحة الرخوة) المذكور بعدئذ

(٥) يكون سطح القرحة مستويًا لامعًا نظيفًا	(٥) يكون سطح القرحة غير منتظم به ارتفاعات وانخفاضات متآكلا غير لامع
(٦) يكون سطح القرحة جافًا أو ناشفًا أو به افراز دموى أو مصلى دموى	(٦) يكون سطح القرحة مغطى بافراز صديدى
(٧) يشعر الطبيب بتصلب (انديوريشن) ولو قليل جدا عند فحص القرحة بين أصبعيه وهذا فى أغلب الاحيان	(٧) يكون أسفل القرحة رخواً طريًا اللهم إلا فى بعض مناطق الجسم حيث يشعر الطبيب بشىء متصلب فى أسفل القرحة
(٨) يظهر أحيانًا عقب ظهور الشانكر ورم فى منطقة الغدد الليمفاوية المجاورة وهذا الورم (بيوبو) ورم هادىء بدون ألم وليس به التهاب حاد (ايندولينت بيوبو) . ويكون بجهة واحدة أو على الجانب الأيمن والأيسر للجسم معًا	(٨) لا يحصل تضخم فى الغدد الليمفاوية المجاورة دائما وأحيانًا يظهر ورم (بيوبو) ولكنه ورم مصحوب ببعض الألم به التهاب حاد يصحبه ارتفاع فى درجة الحرارة ، ويكون بالجانب الأيمن أو الأيسر فقط ، إلا إذا تعددت القرحة على الجانبين فانه يكون بالجانبين
(٩) الافرازات التى على القرحة لا يتلقح منها المريض مرة ثانية غالبًا وأحيانًا يتلقح منها المريض فى ظرف بضعة الأيام الاولية وبعد ذلك لا يتلقح بها (البروفيسور ماكس جوزيف)	(٩) تلقح الافرازات التى على القرحة المريض فى اماكن متعددة وفى كل وقت يمكن أن تظهر قرح رخوة جديدة ناتجة عن عدوى من افرازات القرحة الاولى
(١٠) يظهر الشانكر كحبة تتآكل أو تتقرح بعد ظهورها ببعض الوقت . ولما يبتدىء الشانكر فى الشفاء يشفى تدريجيًا من جميع أطرافه على السواء .	(١٠) تظهر القرحة الرخوة كقرحة من أول الامر ولما يبتدىء الشفاء يبتدىء من طرف واحد ويمتد التقرح من الطرف الآخر .

(١١) بفحص عينة من الشانكر ترى فى أغلب الاحيان سبيروشيتا باليدا ويمكن تشخيصها بواسطة طريقة جيمسا أو بواسطة طريقة (دارك فيلد) – راجع باب سبيروشيتا باليدا .	(١١) بفحص عينة من القرحة الرخوة ترى ميكروبات (ستريتو باسيل دوكريه) – راجع باب (القرحة الرخوة)
(١٢) اذا عملت (ع . ف) [1] عد مرور الزمن اللائق أى ٤ الى ٦ اسابيع مثلا فتكون النتيجة + ايجابية غالباً	(١٢) اذا عملت (ع . ف) [1] فتكون النتيجة — سلبية غالباً
(١٣) عند ما يتم شفاء الشانكر لا يترك أثراً يذكر مكانه (إذا بدىء العلاج قبل أن يتسخ الشانكر ويصاب بأى نوع من العدوى الثانوية)	(١٣) عند ما يتم شفاء القرحة الرخوة تترك عادة أثراً موضعياً قد يمكن بعدها ملاحظته حتى بعد مرور سنين عديدة

ننصح القارىء بمطالعة القرحة الرخوة فى الأبواب الآتية بالكتاب وننصحه بمراجعة قراءة هذه المقارنة عند قراءة أوصاف القرحة الرخوة وأوصاف الشانكر المختلفة

وللتمييز بين الشانكر والتهاب الحشفة المتآكل او الغنغريني (ايروسف اند جانجرينس بالانيتيس) : – يظهر التهاب الحشفة المذكور كقرح متعددة وينتشر بسرعة هائلة ففى بحر يوم أو يومين تظهر عدة قرح مؤلمة رائحتها كريهة بعكس الشانكر الخالى من الألم والرائحة . وبفحص عينة ميكروسكوبيا تظهر كما قلنا سابقاً ميكروبات متعددة فى التهاب الحشفة أهمها (سپيروشيتا بالانيتيديتيس) وفى الشانكر تظهر سبيروشيتا باليدا

وبتعريض التهاب الحشفة لعلاج مطهر بسيط كغسيل بمحلول برمنجنات البوتاسا أو بماء اوكسيجينى يتم شفاؤها بسرعة عادة بعكس الشانكر .

(١) راجع قيمة عملية فازرمان (ع . ف .) فى التشخيص فى باب (عملية فازرمان) الآتى بعدئذ

وللتمييز بين الشانكر **والخراج السيلانى** (جونوكوكال ابسيس) يلاحظ أن هذا الخراج يظهر عادة عند النساء وأحياناً عند الرجال . و يكون متعدداً وصغيراً جداً ولا يتعدى حجم رأس الدبوس و يتقيح و ينفتح و يختلط كل خراجين أو ثلاثة أو اكثر معاً وتظهر بعدئذ بضع قرح صغيرة ليس بها أوصاف الشانكر بل هى قرح صغيرة ملتهبة سطحها أصفر وسخ به صديد و يلاحظ أن المريض أو المريضة تكون عادة مصابة بالسيلان

وللتمييز بين الشانكر **والهربس التناسلي** (هيربس جينيتاليس) يلاحظ أن الهيربس يظهر أولا كفقاقيع أو حو يصلات (فيزيكلز) مملوءة بسائل رائق يتقلب الى سائل صديدى أحيانا و بعد ذلك تتفتح هذه الحويصلات وتظهر كقرح صغيرة متعددة ، واحياناً يكون كقرحة واحدة وهى القرحة التى تظهر فى شكلها الخارجي كشانكر متآكل و يميزها عنه انهـا تكون مصحوبة بألم يكون شديداً احياناً وخصوصاً عند الجماع مع أن الشانكر لا يصحبه ألم يذكر .

فابتداء الهربس كحويصلات ووجود الألم هما العلامتان القويتان للتمييز (راجع باب الهربس التناسلي) .

والتمييز بين الشانكر **والقرح البسيطة الصديدية** (بيوجينيك) أو القرح الناتجة عن اصابة كتسلخ وقت الجماع مع عدوى ثانوية أو كجرح من حادثة يعقبه اتساخ بميكروبات صديدية يلاحظ سطح هذه القرح الذي يكون متسخاً عادة غير منتظم حوله دائرة من الالتهاب محمرة ويمكن بذلك الاستغناء عن فحص ميكروسكوبى ، ولو أن هذا الفحص أضمن خصوصاً لمن ليس عندهم خبرة اكلينيكية كافية .

ولسنا نظن اننا فى حاجة للتمييز بين الشانكر **والطفح الجلدى** الذى يظهر فى **حالات الجرب** اذ أن سـير المرض وتقدمه وشكل الفقاقيع (فيزيكلز) ووجود الخطوط ذات اللون (الفاتح) الممتدة من هذه الفقاقيع على سطح الجلد حيث تكون اخترقت آفة الجرب(اكاروس سكابى) أو (ساركوبتيس هومينيس) سطح الجلد وعملت داخل هذه الخطوط التى لاتظهر جيداً الا فى الجلد الابيض نفقاً تمر منه للداخل يترىبى عند دخولها الجسم مرض الجرب . فوجود هذه الخطوط يميز حالات الجرب



١٨٧١ فريتز شودين ١٩٠٦

رسم (١٦) صورة البحاثة « شودن » مكتشف « سبيروشيا باليدا » (راجع صحيفة ١٧)

الذى مات فى سن الخامسة والثلاثين وقد رثاه زميله البحاثة هوفمان فى المجلة الطبية الاسبوعية الالمانية :—

Deut Med. Wochensch. No 27. 5 Juli 1906, S. 1087—1088,

« مات شاباً فى خدمة الشباب والشيوخ ، فليبكه الشباب والشيوخ ، وليكن مثالا لجميع طلبة العلم وعشاق الخدمة العامة فى الشرق والغرب » ، دكتور فخرى

ويمكن احيانا استخراج نفس هذه الحشرة (ا كاروس سكابى) وفحصها ميكروسكوبيا، ووجود الطفح الجلدى الخاص بالجرب على باقى اجزاء الجسم خصوصاً على الذراعين وحول القضيب وبين اصابع الايدى لما يساعد على التشخيص، ومجرد عمل العلاج اللازم للجرب وما يعقبه من الشفاء التام من هذا المرض لما يثبت صحة التشخيص ايضاً.

والتميز بين بلهارزيا القضيب والشانكر بسيط جداً لا يحتاج لشرح وننصح القارئ بمراجعة كتاب (الجراحة بمصر) للدكتور مادن لأنه كتاب قيم فى هذا الموضوع.

وقصارى القول لتشخيص الشانكر من أى مرض آخر يجب ملاحظة أوصاف القرح جلدياً من حيث ظهورها ولونها وحافتها وسطحها وصلابتها وما يحيط القرحة من الغدد ملتهبة ومتصلبة أو غير ملتهبة أو غير متصلبة ومن هذا يمكن تشخيص الشانكر وللتحقق يمكن ويستحسن عمل عينة ميكروسكوبية لرؤيا « سبيروشيتا باليدا » .

والآن نظن اننا ذكرنا مافيه الكفاية عن دور القرحة الزهرية .

ونتكلم عن الدور الثالث وهو دور تعميم العدوى :—

(٣) دور تعميم العدوى

يبتدىء هذا الدور عندما تنتشر الميكروبات فى كل أجزاء الجسم فتصبح عملية (ع.ف.) + أى ايجابية عادة، ويستمر باستمرار نشاط المرض وفتكه بالجسم وينتهى عندما يقف نشاط المرض ويمتنع ظهور اعراض جديدة جلدية خارجية كانت أو داخلية امتناعاً باتاً. ويمكننا أن نعبر عن ذلك تعبيراً آخر بقولنا ينتهى هذا الدور بابتداء الدور الرابع وهو دور خمول المرض أى دور نوم الميكروبات أو اختفاء المرض اختفاء ظاهرياً.

وتكون (ع . ف) فى أكثر الحالات عند انتهاء هذا الدور سلبية

ويستمر هذا الدور عادة من سنة ونصف الى سنتين ونصف أو ثلاث سنوات أو أكثر وتختلف مدة استمراره باختلاف طريقة العدوى ونوعها من شدة وضعف وطرق العلاج التى تتبع وطبعاً تبعاً لحالة المريض الصحية .

وبما ان العدوى تنتشر بعد ظهور الشانكر داخل الأوعية والغدد الليمفاوية وداخل الأوردة والشرايين فتظهر اعراض هذا الدور أولا بتورّم بعض الأوعية والغدد الليمفاوية وبطفح على الجلد وتقرحات مختلفة داخل الفم وهكذا حتى تعم الجسم، فسنذكر للقارىء، شيئاً عن هذه الأعراض كمجموعات ونبتدىء بالكلام على :—

زهرى الاوعية والغدد الليمفاوية

« سيفيليتيك ليمفانجيتس اندليمفادينيتس »

يبتدىء التهاب الاوعية الليمفاوية التهاباً زهرياً بعد ظهور الشانكر ببضعة أيام، وأحياناً بعد يوم واحد أو يومين أو أكثر، فتتضخم قليلا وأحياناً اذا انسدت وقفلت نتيجة الالتهاب تصير ملموسة كقطعة من (الدوبارة) أو الخيوط السميكة يشعر بها الطبيب أحياناً على ظهر القضيب . ويتسبب عن انسداد الأوعية الليمفاوية تورم فى القضيب ، اوذيما : (ايديما) ويكثر حصول هذا التورم فى الشانكر الذى يصيب قيد القضيب (فرينم) أو تاج الحشفة (كورونا جلانديس) ويكون عادة تورماً غير مصحوب بعلامات الالتهاب كالاحمرار والألم الموجودين فى التورم الذى يصحب القرحة الرخوة مثلا . وأحياناً يحصل تقرح فى سطح الجلد نتيجة انسداد الأوعية الليمفاوية فتظهر قرح صغيرة وأحياناً مستطيلة الشكل بطول الأوعية التى حصل فيها الالتهاب، وأحياناً يظنها البعض انها قرح زهرية عائدة (ريكارنت سيفليتيك) وأحياناً ينتج عن هذا الانسداد تورم تام لجلد القضيب كله .

أما عن الغدد الليمفاوية ومايصيبها فى الزهرى فهى تبتدىء تكبر عند ما تصلها العدوى التى تكون انتشرت من الشانكر على طول الأوعية الليمفاوية ويحصل ذلك بعد بضعة أيام ايضاً ، وربما لا يظهر تورم الغدد الليمفاوية لمدة اسبوع أو اسبوعين ، وعلى العموم لوحظ ان هذا التورم يتمشى خطوة بخطوة مع تصلب القرحة الزهرية أى انه اذا لوحظ تصلب بالشانكر فيلاحظ تصلب أو تورم وتصلب فى الغدد المجاورة لمنطقة الشانكر .

وتكبر الغدد لحجم حبة (البن) أو (الحمصة) وأحيانا تصل الى حجم (ابو فروه) أو فى بعض الحالات النادرة الى حجم البيضة . ومن مميزات هذا الالتهاب الزهرى بالغدد الليمفاوية كونه مزمناً خالياً من جميع اعراض الالتهاب الحادة كاحمرار الجلد أو ارتفاع درجة الحرارة أو الألم وهذا ما استدعى تسمية هذا التورم بالورم الهادىء أو (ايندولينت بيوبو)

واحسن وصف لصلابة الغدد الليمفاوية الملتهبة بالزهرى هو الوصف الذى وصفها به (فينجر) حيث قال « ان الورم بالغدد الليمفاوية الزهرية يكون مستديراً ويقرب من مستدير ويشبه (المخدة الكاوتشوك المكبوسة بالهواء) فى صلابتها وتحركها » أى ان الغدد المتورمة بالزهرى لا تكون ملتصقة بالجلد أو بما حولها بل تتحرك بين الأصابع عند فحصها



رسم نمرة (١٧) ورم هادىء (ايندولينت بيو بو)
بالجانب الأيمن للقضيب فى حذاء رباط بو بارت نتيجة ظهور شانكر على القضيب

وبعد ان تكبر المجموعة المجاورة للشانكر تنتشر العدوى الى مجموعة بعدها وهكذا حتى تعم العدوى مجموعات الغدد الليمفاوية كلها وعند ذلك يحصل التهاب غددى ليمفاوى عام (يونيفيرسال ليمفادينيتس) فمثلا فى الزهرى التناسلى تكبر الغدد الليمفاوية الاربية (اينجوينال ليمفاتيك جلاندز) أولا ويعقبها الغدد الليمفاوية الحرقفية (ايلياك)

فالغدد الابطية (اكزيلارى) فالغدد الساعدية (كيوبيتالى) ، فالغدد الفكية (ماكزيلارى) وهكذا حتى تعم الجسم . ويمكننا ان نعتبر هذا التورم الهادىء للغدد الليمفاوية عندما يكون عاماً فى كل مجموعات الغدد بالجسم علامة من أحسن العلامات لتشخيص الزهرى .

وكما قلنا فى تشخيص الشانكر تكبر الغدد الليمفاوية الاربية (اينجوينال) بعد ظهور الشانكر التناسلى، وبفحص هذه المجموعة الاربية يشعر الطبيب ان ٧ أو ٨ أو ١٠ غدد تكون كبيرة الحجم وتكون منتشرة عادة تحت رباط بوبارت (بوبارتس ليجامنت) أو بجوار نصفه الاسفل، وأحياناً يشعر الطبيب أن ٣ أو ٤ غدد من الغدد العميقة أى الغدد البعيدة عن الجلد تكون متضخمة ومتصلبة ويكثر ذلك عند السيدات خصوصاً فى حالات الشانكر الذى يظهر على عنق الرحم، وهذا ما يستدعى فحص الغدد الاربية جيداً عند النساء فى الحالات الزهرية المشكوك فيها . واذكر هنا حالة ربما تفيد القارىء كثيراً فى تشخيص الزهرى عند النساء .

سيدة ز . م . استدعتنى بواسطة طبيب باطنى لعمل استشارة طبية (كونصلتشن) مع طبيب ثالث اختصاصى فى الامراض التناسلية . شخصها الطبيب الاول كحالة فقر دم (انيميا) ، وشخصها الثالث كحالة التهاب مهبلى بسيط لوجود افراز أصفر غير صديدى بالمهبل ووافق على وجود الانيميا ، وعالجها الاول عشرين يوما من فقر الدم فتحسنت كثيراً ، وعالجها الثالث بأن أعطاها بعد أول فحص غسيلا مطهراً للمهبل استعملته ١٥ يوماً ولم تتحسن بل كانت تشعر « بحرقان خفيف **من تحت** خصوصاً عند الغسيل» ولذا طلبت عمل الاستشارة الطبية . ففحصتها من الخارج أولا ووجدت عندها مجموعة الغدد الأربية العميقة متضخمة بقدر حبة (الفاصوليا) الصغيرة ومتصلبة ووجدت ٣ غدد سطحية كبيرة تحت رباط بوبارت، وفحصتها من داخل المهبل بالمنظار فوجدت افرازاً مصلياً دموياً بالمهبل خصوصاً حول عنق الرحم فاستلفت نظرى هذا الأفراز وتورم الغدد الأربية بهذا الشكل وصرت أبحث عن قرحة زهرية فلم أعثر بها ولكننى كنت متأكداً من وجودها بغض النظر عن عدم تمكنى من رؤيتها، وأخيراً أرسلت أشعة النور داخل المهبل بواسطة المنظار الكهربائى فوجدت قرحة مستديرة على الحائط

الخارجى الأيمن لعنق الرحم وكانت من النوع المتآكل ولذا تعذرت رؤيتها بالنور العادى . و بأخذ عينة منها وجدت بها سبيروشيتا باليدا،و بفحص الافراز المصلى الدموى لم نجد به غير الميكروبات الطبيعية التى تكون بالمهبل عادة وذلك يبين انه افراز ناتج عن تهييج المهبل بوجود الشانكر على عنق الرحم. فشخصنا «زهرى على عنق الرحم»، فرفضت السيدة العلاج . ورجعت بعد ٤٥ يوماً وعليها طفح جلدى زهرى و بفحص الدم وجدت (ع . ف) + + +وعالجت السيدة من مرض الزهرى الذى قبلت الاعتراف بوجوده عندها . من هذا يرى القارىء ان الغدد الليمفاوية كثيراً ما تقود الطبيب للتشخيص الصواب خصوصاً فى حالات السيدات .

(راجع أيضاً الحالتين الخاصتين بعنق الرحم فى الرسم نمرة «١٨» صحيفة ٧١)

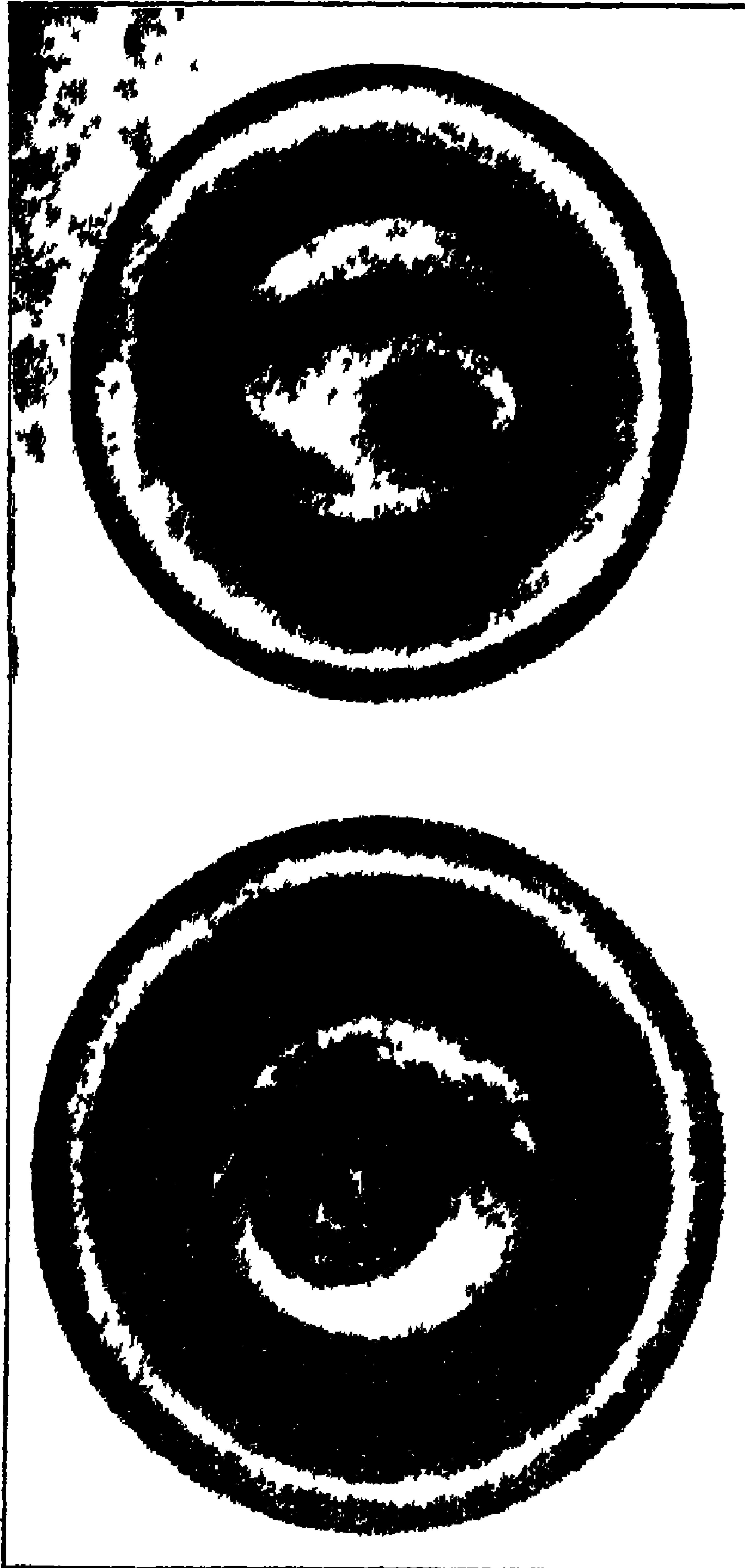
وكما ان الغدد الأربية تكبر قبل غيرها فى الشانكر التناسلى فكذلك تكبر غدد كل مجموعة قبل غيرها حسب وقوعها فى نقطة تقرب من موضع القرحة الاولى أكثر من غيرها من المجموعات الاخرى . فمثلا تكبر الغدد الفكية (ماكزيلارى) والغدد تحت الفكية (صب ماكزيلارى) والتى أمام الأذن (برى اوريكيولار) فى حالات الشانكر الذى يظهر على الشفتين قبل غيرها .

وتكبر المجموعة العنقية (سيرفيكال) وبضعة الغدد الصغيرة التى فوق الترقوة (سوپرا كلافيكيل) فى حالات الشانكر الذىعلى الوجه أو على الخدين او الذقن مثلا .

ومن أغرب ما يحدث فى تضخم الغدد الليمفاوية ما يحدث فى ظهور التضخم فى الغدد الساعدية (كيوبيتال) إذ انه لوحظ ان بعد ظهور الشانكر على أصابع الايدى مثلا تكبر الغدد الابطية (اكزيلارى) قبل ان يظهر اى تضخم ولو بسيط جداً فى الغدد الساعدية مع أنها أقرب لأصابع اليد من الغدد الابطية . ولكن يحدث أحياناً ان تكبر الغدد الساعدية فى نفس الوقت مع الغدد الابطية ويكون حجمها كحجم حبة (البن) أو يصل لحجم المليم .

وليلاحظ القارىء أننا لا يمكننا بفحصنا باليد (بالبيشن) ان نلمس الا الغدد السطحية او العميقة نوعاً ولكن الغدد الداخلية بعيدة عن الفحص بايدينا ولو أننا نعلم

جيداً انها تكبر وأحياناً يصير حجمها ضخماً وتصل الى حجم القرش الصاغ أو قطعة الخمسة القروش ، ونذكر هنا نوعين مهمين تاركين باقى الانواع ليطلع عليها القارىء فى مؤلفات الباتولوجيا التشريحية المفصلة -



رسم نمرة (١٨) زهرى عنق الرحم عند النساء

الى اليمين : قرحة على عنق الرحم مع تضخم العنق نفسه . الى الشمال : قرحة زهرية على عنق الرحم مع تضخم الشفة العليا ومع تضخم فى العدد الأخرى (وسنشرح الحالات التى تشبه هذه الاصابات بعد) «مراسيك».

فمثلا تكبر الغدد الحرقفية (ايلياك) ، وغدد القسم الخثلى (هايبوجاسترك)، وغدد العظم العجزى (سيكرال) فى حالات شانكر المهبل النادرة ، وتكبر الغدد القصية (ستيرنال) فى حالات شانكر حلمة الثدى (ماما) .

وأحيانًا ونادراً تكبر الغدد الليمفاوية فى حالات الزهرى على جانب واحد من الجسم ولكنها فى اكثر الحالات تكبر على جانبي الجسم . وهذا ما يميز الورم (بيوبو) الذى يظهر فى حالات الزهرى عن الورم الذى يظهر فى حالات القرحة الرخوة بجهة واحدة من جهات الجسم و يكون مصحوبًا بألم واحمرار فى الجلد الذى فوقه وارتفاع فى درجة الحرارة و ينتهى بتقيح صديدى(پص فورميشن)،بعكس ورم الغدد الزهرى الذى يكون صلبًا وغير مؤلم وليس به علامة واحدة من علامات الالتهاب الحاد . وربما يحصل تقيح صديدى فى بعض الأحيان فى الغدد الليمفاوية من الزهرى ، ولكن هذا التقيح لا يكون مصحوبًا بالتهاب حاد بل يكون نتيجةانحباس الدم عن تغذية هذه الغدد فتموت الخلايا التى يتركب منها ما بداخل الغدد فتتقيح بدون وجود ميكروبات [1] . ونسبة حصول هذا التقيح (پص فورميشن) عند النساء هى ٢٠ و١ فى المائة فقط [2] . وربما يحصل هـذا التقيح من وجود ميكروبات اخرى بالغدد الليمفاوية [3] يتسبب عنها عدوى ثانوية للعدوى الاولى بالزهرى . وأحيانًا يكون تضخم الغدد الليمفاوية فى الزهرى مصحوبًا بآلام شديدة .[4]

واذا كانت الغدد الكبيرة تفيدنا فى تشخيص اكثر حالات الزهرى فانها كثيراً ما تكون العلامة الوحيدة التى نشخص بها الزهرى فى حالات الشانكر المختفى تحت ورم القلفة (فيموزيس) . ففى هذه الحالة يقف الورم فى طريق رؤيا القرحة الزهرية التى تحته . وربما لا يستحسن المريض او لأى سبب آخر نرى ان لا نعمل عملية شق هذا الورم بالمشرط ، ومصلحة المريض تقتضى تشخيص حالته جيداً ولا يمكننا ان ننتظر مرور الزمن اللائق اى ٣ الى ٦ أسابيع مثلا لعمل (ع . ف .) لان هذا يضيع وقتًا ثمينًا للمريض وقد يدخله فى دور تعميم العدوى بدون ذنب له غير عجزنا عن رؤية

---

(١) باتوا . (٢) برغز (٣) ماكس ماركوزه (٤) فينر

الشانكر . ولكن وجود الغدد الليمفاوية المتضخمة فى المنطقة القريبة من القضيب وفى المناطق الاخرى يساعدنا على تشخيص الزهرى حالا والابتداء فى العلاج فى الوقت المناسب (راجع الرسم نمرة ١٩ صحيفه ٧٤) .

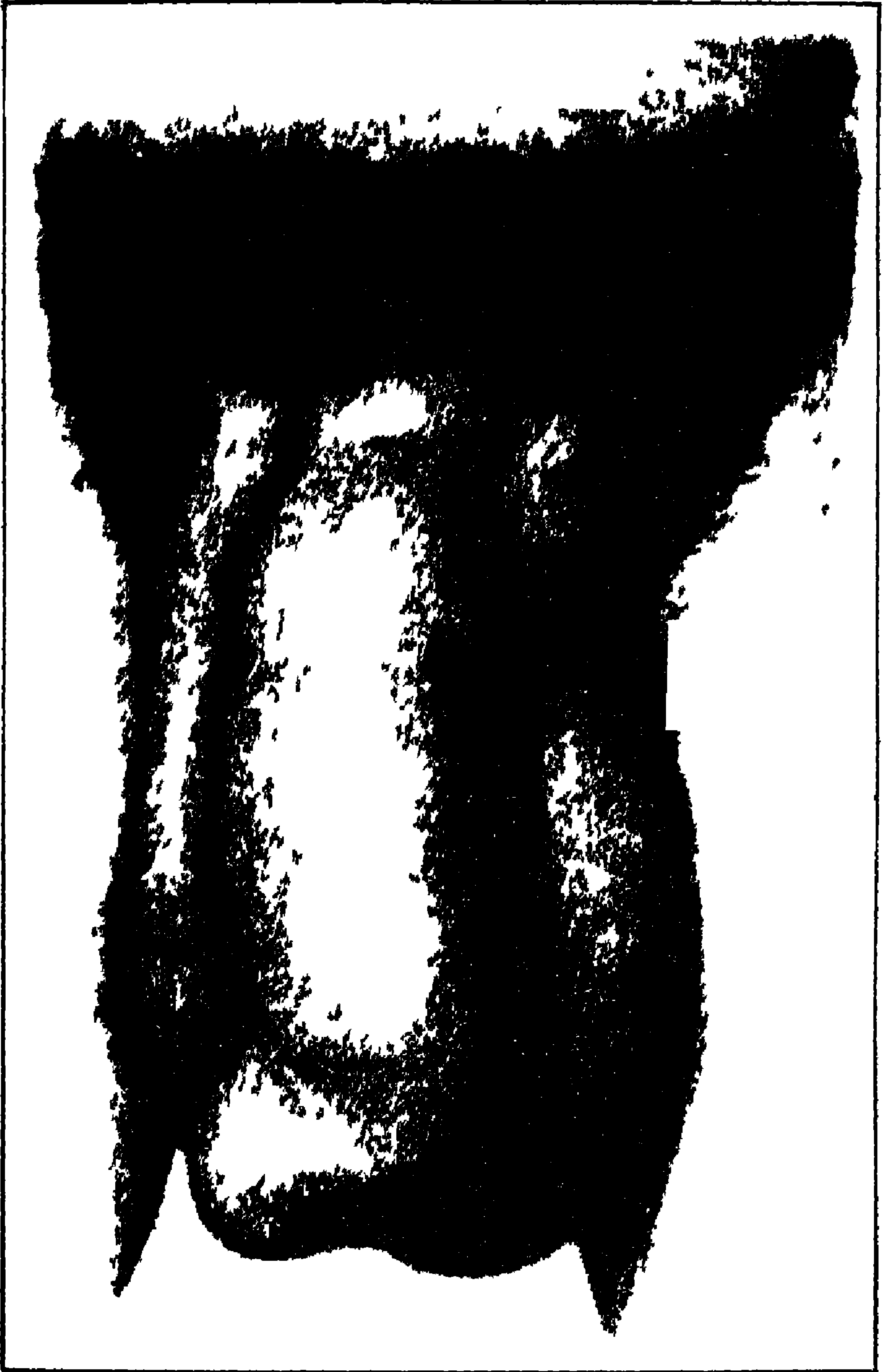
وكثيراً ما تساعدنا الغـدد الكبيرة المتصلبة المنتشرة فى الجسم على تشخيص حالات من الزهرى حتى بعد اختفاء الشانكر وعدم وجود اعراض اخرى غيرها اذ لاحظ (بيرج) ان الغدد الليمفاوية الزهرية تستمر كبيرة تلمس عند جسها لمدة تتراوح بين اربعة شهور و ٦ شهور بدون ان يحصل فى حجمها اى تغيير محسوس .

والآن بعد أن ذكرنا اهم النقط الاكلينيكية لتضخم الغدد الليمفاوية فى الزهرى نستحسن ان نذكر شيئاً قليلا عن وجود سبيروشيتا باليدا فى هذه الغدد . وقد اكد (بوم) وجود هذا الميكروب فى هذه الغدد بأن استخرج غدتين من مريض بالزهرى بواسطة عملية صغيرة . وبعد ان نظف الغدتين من كل القطع الصغيرة الخارجة عن جسم الغدتين شقهما بالمشرط كما يشق الانسان الليمونة وضغط على السطح المكشوف لكل غدة فخرج عصير لبنى اللون فأخذه ولقح به متطوعاً فظهرت عليه بعد مرور دور الحضانة قرحة بها جميع مميزات الشانكر .

ووجد (شودن) و (هوفمان) سبيروشيتا فى سائل استخرجاه بواسطة ادخال ابرة الحقنة (سيرينج) فى غدة متضخمة بالزهرى . وقد فحص هوفمان غدة فحصاً ميكروسكوبياً هيستولوجياً فوجد سبيروشيتا باليدا فى وسط الاغشية الموصله وفى حائط الأوعية الليمفاوية وداخل الأوعية الليمفاوية .

وقد لقح (فينجر) بعض القردة بقطع من غدد انسان مصاب بالزهرى فظهر شانكر محل التلقيح .

وقد اهتم هوفمان بمسألة تشخيص الزهرى بواسطة استخراج سائل ليمفاوى من الغدد وفحصه ميكروسكوبياً حيث يمكن رؤيا سبيروشيتا به خصوصاً فى الدور الرابع أى دور خمول المرض حيث لا توجد اعراض خارجية أو داخلية وحيث لا يفيدنا فحص الدم بواسطة (ع . ف .) التى تكون فى اكثر الاحوال سلبية . وقد اهتم (بوشكه)



رسم نمره (١٩) سانكر تحت ورم القلفة

مصحوب «باوريما متصلة زهرية "Oedema Indurativum Syphiliticum" منتشرة على كل القضيب والصفن ايضا (مراسيك)

بهذه الملاحظة واستخرج سائلا ليمفاويًا دمويًا من طفل ورث الزهرى عن أمه التى لم يكن عليها اعراض قط فوجد سبيروتيتا باليدا .

ومما تقدم يرى القارىء اهتمام العلم بالعدد الليمفاوية فى تشخيص الزهرى اكلينيكيًا وميكروسكوبيًا

وننصح القارىء بمراجعة التعبيرات الصغيرة الدقيقة (هيستولوجيًا) فى الغدد الليمفاوية عندما تصاب بالزهرى فى مؤلفات الباتولوجيا المطولة وأهمها مؤلفات العلماء هوفمان ونويمان وريدر وايرمان وبوشكه اذ يطلع هناك على الخلاف الذى وقع بينهم .

الاعراض المنذرة

برودرومال سيمبتومز

قد بينا أن القرحة الزهرية هى أول علامة تظهر فى مرض الزهرى ويعقبها مايظهر من الاعراض على الأوعية والعدد الليمفاوية وبعد ذلك تنقضى مدة قصيرة أو طويلة [1] حتى تظهر الاعراض الجلدية وهي اعراض تميز دور تعميم العدوى ولكن هذه المدة لاتمر بدون ظهور بعض أعراض بسيطة تسمى بالاعراض المنذرة (برودرمال سيمبتومز) أى الأعراض التى تعطى الانذار أو الاعراض التى تؤدى وظيفة (الكشافة) فتخبرنا مقدمًا بزيارة اعراض الزهرى المعتادة من طفح جلدى الى تقرح بالفم والحلق . . . الخ . ونفهم من ذلك أن الجسم ابتدأ يمتلىء بسموم الميكروبات الزهرية ومن هذا تتسبب اعراض التأثير على عموم أجهزة الجسم . ونذكر هنا بعض هذه الاعراض مع استلفات نظر القارىء الى انها اعراض غير ثابتة وغيرعامة إذ يظهر بعضها على بعض المرضى ولا يظهر على البعض الآخر وننصح القارىء بأن لايتخذها اعراضًا لتشخيص الزهرى بل يعتبرها علامات مساعدة له على تقدير قوة العدوى ويستنتج منها حالة المريض وبذلك يستعين على تقرير خطة العلاج وابداء رأيه فى مستقبل سير المرض ومقدار فتكه بالجسم ونبدأ بفقر الدم :—

---

(١) لاحظ (باب) ا٨ تنقضى ٦ الى ١٢ ونادرا حداً ٤٧ اسبوعاً من يوم العدوى حتى تظهر اول اعراض جلدية . ولاحظ (نيسر) تجاربه على انواع القردة انه تنقضى مدة ٤٥ يوماً من يوم التلقيح الاولي حتى يتبين تعميم العدوى .

فقر الدم (انيميا) . لوحظ انه يظهر فقر الدم على بعض المرضى ، خصوصاً فى السيدات فى المدة التى تنقضى قبل ظهور الطفح الجلدى إذ يكون الوجه اصفراً بعد ان كان لونه احمراً ورديا ويصحب ذلك اعراض الانيميا الاخرى من ضعف عام وتعب عند اجهاد الجسم أو صعود (السلم) مثلا . . . الخ .

وبفحص عينة من دم المريض تنقص الكريات الحمراء (ريد بلادكور پصلز) حتى تصير ٨٠ أو ٧٠ فى المائة من عددها الاصلى .

وأهم تأثير للمرض على الدم هو نقص كمية الهيموغلوبين (هيموجلوبين) فى كريات الدم الحمراء (نويمان . وكونريد . وبيجانسكى) ومعنى ذلك أن المادة الحمراء الحيوية التى داخل الكريات الحمراء تنقص هى نفسها بغض النظر عن نقص عدد الكريات الحمراء ، وقد لوحظ انها تنقص بنسبة الثلث أحياناً أو تصير ٧٠ فى المائة مما كانت عليه [1]

وقد لاحظ (ريليه) ان كريات ايزينوفيليا تزداد بعد تضخم الغدد الليمفاوية وتكثر الكريات البيضاء الكبيرة والصغيرة ذات النواة الواحدة (لارج اندمول مونونيوكليارز) ومن هذه الصورة الدموية ظن البعض ان هذه الحالة بالمرضى هى حالة فقر الدم الاخضر (كاوروز) وهى فى الحقيقة اعراض منذرة زهرية . وتكون عادة مصحوبة بضعف فى الشهية للطعام وخمول من العمل واضمحلال خفيف فى كل قوى الجسم

وقد لاحظ (بيتر) ان هذه الصورة الدموية لا تظهر إلا فى بعض حالات الزهرى الخبيث ولم يرها فى حالات غير ذلك

ولاحظ (أوبنهيم • وليفينباخ) ان المادة الحمراء بالدم (هيموجلوبين) وكمية الحديد الموجودة بالدم تنقصان كثيراً فى الزهرى المتأخر أى فى دور رجوع الاعراض فقط

ونظن ان (هاوك) محق تماماً فى قوله ان صورة الدم لا تساعدنا كثيراً فى تشخيص الزهرى لأن كثيراً من الامراض الدموية والالتهابات الصديدية والاورام الخبيثة والغير خبيثة تكون مصحوبة بتغيرات فى الصورة الدموية تشبه التغيرات الدموية فى حالات الزهرى

وقبل أن نقتصر على هذا الوصف للصورة الدموية نرى أن نذكر ما لاحظه (سامبيرجر) وهو انه بالنسبة لانحلال كمية كبيرة من المادة الحمراء فى الزهرى وجد مادة (يوروبيلين) عند تحليل البول بكمية تذكر

---

(١) (ديبيو)

ارتفاع درجة الحرارة . حمى (فيفر) لوحظ انه قبل ظهور الطفح الجلدى أو عند ظهوره[1] ترتفع درجة الحرارة الى ٥ و٣٧ أو ٣٩ أو ٥ و ٣٩ الى درجة ٤٠ سنتجراد وتستمر هذه الحمى بين ارتفاع وانخفاض قليـــل من ثلاثة الى ستة أيام ولوحظ انها تكون فى اشدها ليلا وهكذا حتى يظهر الطفح الجلدى فتبتدىء تختفى . وأحياناً لا تظهر حمى كلية إلا عند ظهور الطفح الجلدى إذ ترتفع درجة الحرارة فجأة وتصل أحياناً الى درجة ٤٠ حتى يظن ان الحالة حالة الحمى القرمزية (سكارليت فيفر) . وقد اختلف العلماء فى تقرير نسبة ظهور حمى عند المرضى بالزهرى فمثلا (فورنييه) لاحظ ارتفاعاً فى درجة الحرارة عند ٣٥٥ مريضة من ١١٢٠ امرأة مريضة بالزهرى . ولاحظ (جينتز) ان ارتفاع درجة الحرارة كان فى ٢٠ فى المائة من حالاته .

وقد لاحظ (سيديزكرويتز) وجود الزلال وارتفاع النبض الى ٩٠ و ١٠٠ و ١٤٠ أحياناً فى حالات كثيرة

وتكون هذه الحمى مصحوبة بالام فى الظهر وفى العظام وبشعور بأوجاع مختلفة فى العضلات والمفاصل تشبه الروماتزم . وتكون مصحوبة أحياناً بضيق فى التنفس واختناق فى الزور . ويكون اللسان مغطى بطبقة رقيقة وسخة بيضاء ويتصبب المريض عرقاً بالليل .

اضطرابات عصبية . يصاب بعض المرضى باضطرابات عصبية أهمها شعور بعضهم بانقباض نفسى وميلانخوليا ووجع الرأس المستمر وينسب وجع الرأس الى احتقان أغشية المخ (مينينجيز) ويكثر هذا الوجع عنــد النوم إذ تكون الفراش ساخنة فيشتد الاحتقان وقد لاحظ (فينجر . وتساروبن . وباريش) ان جميع الأعمال المنعكسة (ريفليكس اكشن) تضعف جداً ولا يقتصر هذا على الأعمال المنعكسة السطحية (سوبير فيشال ريفليكس) بل والعميقة (ديب ريفليكسز) . ولاحظ (ڤايلش) ان بعض المرضى يصابون بمرض عصبى يسمى مرض الفكرة الخطلة (بارانويا) . وقد يقودهم المرض الى فكرة الانتحار (فورنييه) .

---

(١) ويرى (جينتز) ان ذلك يحصل من ٥٠ الى ٦٥ يوماً بعد التعرض للعدوى

وقد تظهر اعراض أخرى مختلفة بتأثر أعضاء مخصوصة بالجسم بسموم ميكروبات الزهرى . فمثلا يصاب بعض المزهورين **بالبرقان** (ايكتيروس) وربما كان ذلك نتيجة التهاب بعض الغدد الليمفاوية المحيطة بالكبد أو القريبة منه (اينجيل ريمز) ولكن حصول هذا البرقان نادر جداً .

ويصاب بعض المزهورين **بسكر فى البول** [1] (جليكوزوريا) مؤقت ، ويختفى بعد قليل .

ويكبر الطحال فى بعض حالات الزهرى [2] ويكون ذلك ناتجاً عن احتقان (هيبريميا) وعن تكاثر الخلايا المختلفة التى يتكوّن منها لباب الطحال (بلبا) وبواسطة الفحص باليد وبالقرع (بيركش) يمكن تشخيص الطحال الكبير بالجهة اليسرى بالجسم بين الضلعين التاسع والحادى عشر . ويستمر الطحال كبيراً مدة تتراوح بين ٤ الى ١٠ أسابيع وبعد ذلك يبتدىء يصغر بدون ترك أى أثر سيء

وتظهر أعراض منذرة بالعظام والمفاصل والعضلات . اذ يصاب المريض بأوجاع وآلام مختلفة بها . ويصحب هذه الآلام ألم بالرأس يختفى كلما اختفت أوجاع المفاصل أو العضلات مثلا . وتتشنج العضلات ويشتد تشنجها ليلا وأحياناً تلتهب البليورا — غشاء الرئتين — (بلورا) ويلتهب التامور - غشاء القلب الخارجي (بيريكارديوم) والغشاء المبطن للقلب (ايندوكارديوم) ويصحب ذلك أعراض التهاب هذه الاعضاء المختلفة ولكنها أزمة قصيرة تنتهي فى كثير من الحالات بدون ترك أثر سيء اللهم الا اذا كانت الاصابة بالزهرى شديدة فتؤثر قليلا على هذه الأعضاء .

---

(١) ولاحظ ذلك (مانشوت) فى ١٢ حالة فقط من ٣٤٩ حالة

(٢) وجد «فيل» الطحال كبيراً فى ثلاث حالات ولاحظ انه كان متضخما وقد كان الشانكر لايزال موجوداً . وقد لاحظ آخرون «ويفر. امانزيني . شوختر . بوشكه » ان الطحال يكبر ايضا

زهرى الجلد

(كيوتينيص سيفيليس) — (سيفيليس كيوتينيا)

ان الطفح الجلدى من أهم أعراض دور تعميم العدوى فبعد ان تصبح (ع . ف) + ايجابية فى كثير من الحالات تنقضى مدة بسيطة تظهر فيها أحياناً بعض الاعراض المنذرة و بعـد ذلك يبتدىء ظهور الطفح الجلدى وتتراوح مدة ظهوره ، بفرض ان المريض لم يتعاط أى علاج للزهرى ، بين ٦ و ١٤ اسبوع من يوم التعرض للعدوى وقد توصل العلم لأوصاف مختلفة كثيرة و بسيطة للطفح الجـلدى جعلت تشخيصه سهلا لدرجة يتعذرفيها وقوع الاخصائيين فى خطأ كان يقع فيه الكثيرون من العلماء المتقدمين. ولا يوجد بين جميع الامراض الجلدية اوعلى العموم بين جميع الامراض الالتهابية، حادة كانت أو مزمنة ، ما هو أغنى فى مباحثه وأوسع فى دراسته من الزهرى الجلدى

لون الطفح الجلدى الزهرى يكون عادة (نحاسياً بنياً) وأحياناً يكون (بنى احمر) وفى بلاد كمصر حيث يكثر لون البشرة السمراء يكون لون الطفح (نحاسياً رصاصياً) و بعد ذلك يتغير اللون كلما أزمن الطفح فيصير (رمادياً أبيضاً) أو (اصفر وسخ)

و يميل الطفح الجلدى الزهرى الى الظهور فى شكل حلقات مستديرة أو مستطيلة وتكون حلقات كاملة أو أجزاء من حلقة ، اى يظهر الطفح كقوس او نصف أو ثلاثة أرباع دائرة ، وتفسير ذلك هو ان الميكرو بات الزهرية تهاجم الجلد فى مناطق مستديرة تبلغ حجم قطعة المليم الى القرش الصاغ او الخمسة قروش ، ومن تشريح الجلد الدقيق (هيستولوجيا الجلد) يعـلم القارىء أنه توجد دوائر من الاوردة الصغـيرة بالاحجام السابقة وفى وسطها شريان متفرع لتغذيتها وتسبح الميكرو بات داخل هـذه الاوردة والشرايين و ينسبب عن ذلك ظهور الطفح الجلدى فى شكل دوائر منتظمة أو أجزاء من دوائر (١)

---

(١) راجع تشريح الجلد الدقيق « هيستولوجيا الجلد » فى بوشكه . وأونا . وشيفر

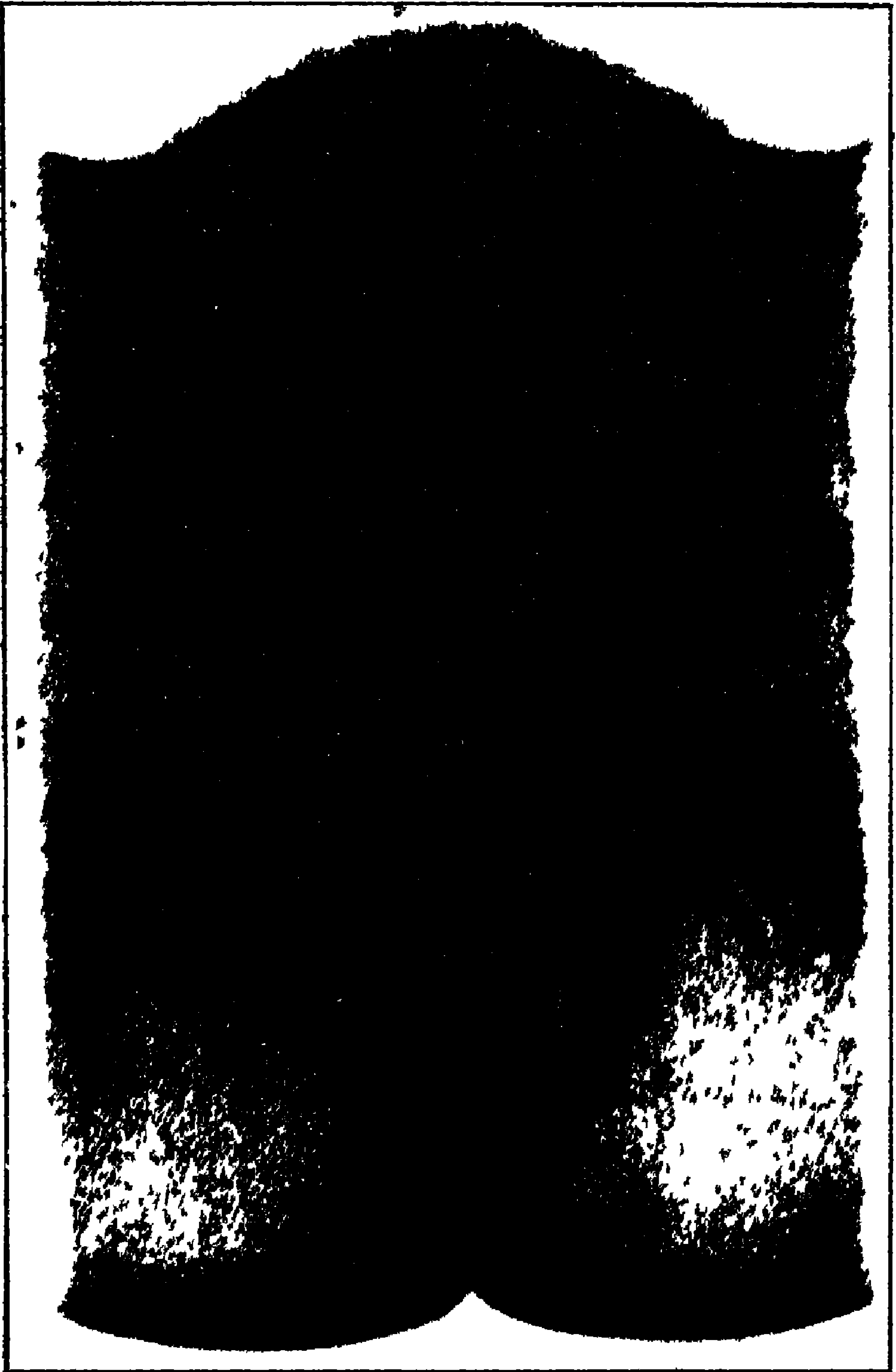
ويظهر الطفح الزهرى فى اشكال متعددة فى نفس الوقت اذ نرى هذا الطفح فى شكل لطخ وحليمات او حليمات وبثور أو لطخ وحليمات وبثور معاً أو حليمات على سطحها قشور دقيقة وبثور وهكذا . ويعتبر تعدد الاشكال (بوليمورفيزم) هذا كعلامة مهمة من العلامات التى تساعد على تكوين تشخيص مضبوط للطفح الزهرى، وهذا هو ما ساعد بعض العلماء على تسمية الطفح الزهرى بالطفح المختلط أو النفاط المختلط (ايكزانتيماتا ميكستا) « راجع الرسم نمرة ٢٠ صحيفة ٨١ »

ويتقدم الطفح الزهرى تقدماً بطيئاً اذ انه نتيجة مرض مزمن ولذا ينتقل ببطء من دور الى دور ولا يكون مصحوباً باعراض اشكال الطفح الاخرى فى الأمراض الجلدية المختلفة فلا يصحبه (أكلان) او (هرش) او (حرقان) او ألم اللهم الا فى بعض الحالات النادرة حيث يوجد ألم نتيجة الطفح ولم أر ذلك الا فى المرضى المصابين بالنوراستينيا اى انه الم وهمى خيالى لا وجود له الا فى مخيلة هؤلاء المرضى . واحياناً يوجد (هرش) بسيط بالزهرى

ويكون سطح الزهرى جافاً (ناشفاً) له لون احمر مصفر او (بنى غامق) وعندما تتقرّح الحليمات او البثور الزهرية تكون مستديرة واسفلها متصلب ويكون الافراز الذى على سطحها اخضراً رمادياً او (رمادى بنى) واحياناً تنتشر بشكل متعـرج ثعبانى (سير بيجينص) ويكون الجزء القديم من الطفح فى وسط الدائرة والجزء الجديد من الطفح فى الاقسام الخارجية للدائرة ولذا عند شفاء الطفح الزهرى يتم الشفاء من وسط الدائرة وينتشر حتى يصل لاطراف الدائرة الخارجية .

وعندما تتكون قشرة (كراستا) فوق سطح اى طفح زهرى من الافرازات التى تجف فوقه تكون قشرة ملتصقة بهذا السطح وتكون جافة وتكون سميكة بعكس القشرة التى تتكون فى الالتهابات الجلدية الاخرى اذ تكون رقيقة غير ملتصقة جيـداً سهلة الانتزاع . ويكون لون القشرة التى على الطفح الزهرى (اخضراً غامقاً) او (رمادى قاتم) الى ان تظهر بلون اسود احياناً

ويظهر الطفح الزهرى على اى جزء من اجزاء الجسم . وعادة يشغل الطفح جزءاً كبيراً من سطح الجسم وينتشر بشدة خصوصاً عند المرضى الذين لا يسعفون انفسهم



رسم نمرة (٢٠) — يلاحظ تعدد أنواع الطفح الزهرى : طفح حليمى وبثرى وحليمى بثرى على فرج سيدة والشفرين وفتحة الشرج والفخذين والعانة .

بالعلاج السريع . ويكون الطفح الجـلدى غالباً بجهتي الجسم اليمنى واليسرى (سيميتريكال) .

ومن الاوصاف المتقـدمة يرى القارىء انه توجد علامات مميزة كثيرة للطفح الزهرى الا أن هذا لا يسمح لنا ان نرتكب الخطأ الفاحش بتشخيص حالات الزهرى بمجرد فحص الطفح الجلدى اذ أنه كثيراً ما تشبه حالات امراض جلدية اخرى حالات طفح زهرى ، وكثيراً ماتوجد امراض جلدية اخرى مع طفح زهرى عند مريض واحد. نعم يمكننا جيداً ان نشخص كثيرا من حالات الزهرى بفحص الطفح الجـلدى فقط ، ولكن هذا يستدعى خبرة مخصوصة ويمكن الاستغناء عن وقوف هذا الموقف الدقيق بجمع باقى الاعراض المتقدم وصفها من وجود الشانكر او تاريخه ومن تضخم الغدد الليمفاوية ومن ظهور الاعراض المنـذرة واخيراً بمساعدة (ع . ف .) يمكن الطبيب ان يحكم بالتدقيق بوجود الزهرى . والآن وقـد تكلمنا اجماليا عن الطفح الزهرى نرى ان تقسمه الى الاقسام الاتية بالنسبة لشكله : -

(١) الطفح الزهرى اللطخى او الايريثيمى (ايريثيماتص)
(٢) الطفح الزهرى الحليمى (بابيولار)
(٣) الطفح الزهرى البثرى (بوستيولار)
(٤) الطفح الزهرى العقدى (تيوبيرص)
(٥) الطفح الزهرى المصبوغ (بيجمينتيد)

(١) — الطفح الزهرى اللطخى او الايريثيمى

يبتـدىء اى طفح زهرى بظهور احمرار وردى على الجسم يعطونه اسم وردية (روزيولا) وبعد ذلك تظهر انواع الطفح المختلفة . فيظهر الطفح اللطخى عادة كأول طفح زهرى ويكون لونه وردى ويتغير الى احمر او احمر قاتم الى ان يصير نحاسيا قاتما او بنيّاً ، وتكون اللطخ عادة صغيرة بحجم رأس الدبوس الصغير أو بحجم حبة الحمص وتكبر حتى تصير كحجم المليم وأحياناً كالقرش الصاغ أو قطعة الخمسة قروش .

وتكون هذه اللطخ (ما كيولى) مستديرة عادة وتكون فى سطح الجلد اى انها بقعة حمراء او نحاسية غير مرتفعة وغير منخفضة عن سطح الجلد اى انها عبارة عن تغير فى لون الجلد فقط . وعندما يضغط الطبيب على هذه اللطخ باصبعه ويرفع اصبعه حالا يختفى الاحمرار ويرجع للظهور عند ذهاب ضغط اصبعه ، ولكن هذا يحصل فقط عند اول ظهور اللطخ، واذا فحص الطبيب هذه اللطخ بأصبعه بعد يوم أو يومين من ظهورها فان لونها لا يختفى بضغطه بل يبقى كما هو . ومعنى ذلك ان هذا اللون ناتج عن الارتشاح (اينفلتريشن) الذى يحصل نتيجة الاحتقان الدموى (هيبريميا) فى طبقات الجلد نتيجة انتشار ميكروبات الزهرى فى هذه الطبقات . وتكون هذه اللطخ مبعثرة ويسمى الطفح عندئذ **طفح زهرى لطخى** (اريثياسيفيليتيكم ما كيولوزم) وبعد قليل تظهر حبة صغيرة جداً وسط كل لطخة وتكون مرتفعة قليلا عن سطح اللطخة ويكون لونها متغيراً قليلا عن لون اللطخة وتكبر هذه الحبة شيئاً فشيئاً وتصبح فى شكل الحليمة الصغيرة التى تظهر عند ظهور الشانكر ويسمى الطفح عندئذ **طفح حليمى لطخى** [١] (بابيولو ما كيولار) .

وتظهر هذه اللطخ عادة بالنصف الاعلى للظهر وعلى الصدر وعلى الحائط الامامى للبطن وبعدئذ تظهر على العجز والاطراف ونادراً لما تظهر اللطخ على الوجه أو العنق [٢] ولا تظهر على اليدين أو القدمين . ولا تكون اللطخ منتشرة على جزء كبير من سطح الجسم الا عند ماتكون الحالة الصحية العمومية للمريض سيئة جداً او قواه منحطة وتغذيته قليلة ، وعندئذ يصاب الوجه أيضاً بهذه اللطخ التى تظهر على سطحها قشور خصوصاً على الجبهة وبجوار حافة الشعر . ولوحظ ان اللطخ التى تكون على الاطراف يكون لونها قاتماً عن باقى اللطخ التى على الجسم . وظهور اللطخ مبعثرة ومنفصلة عن بعضها يعطى الجلد شكل (الرخام الاحمر المبقع) . واحياناً تظهر اللطخ متقاربة من

---

(١) وهذا الطفح يشبه مرض الجلد الذى يسمى الحمرة محمرة (اورتيكاريا ايفلوريسنز) .

(٢) لاحظ (فينجر) انه عند مايكون الطفح الزهرى اللطخى منتشراً جداً فصاب فروة الرأس (سكالب) ببقع صغيرة يظهر عدها احيانا قشور صغيرة او ماسماه (فورنييه) الوردية الحشكرية او النخالية (روزيول فيرفيراسيه) .

بعضها وتكون مجتمعة بشكل حلقة مستديرة او مستطيلة ويسمى هذا الطفح عندئذ **الوردية الحلقية** (روز يولا انيولار يس)، ويكثر ظهور هذه الوردية على الصدر والبطن.

وتنتشر اللطخ فى مدة تتراوح بين ٢٤ ساعة وثلاثة ايام واحياناً يسير انتشار اللطخ ببطء فيتم فى مدة تتراوح بين ٢ او ٣ اسابيع ونادراً جداً فى ٤ اسابيع .

وتختفى اللطخ بعد ظهورها بأسبوع واحد وأحياناً بعد ٣ أسابيع وفى الحالات النادرة بعد ٢ الى ٣ شهور.

ولا يكون هذا الطفح اللطخى مصحوباً باعراض ثانوية كثيرة كما تكون أنواع الطفح الأخرى وأحياناً تصحبه اعراض أهمها ارتفاع قليل فى درجة الحرارة ونقص فى الشهية للطعام وشعور بقىء وبالقىء نفسه فى الحالات النادرة وألم روماتزمى فى العضلات والمفاصل وآلام فى الوجه (نورالجيا فاشيالس) ، وأحياناً يحصل فى الوقت الموجود فيه هذا الطفح التهاب زهرى فى القزحية بالعين (ايريتيس سيفيليتيكا) ، ولكن هذا نادر جداً وقد رأيت حالة واحدة كهذه بقسم الجلد بمستشفى الجامعة ببرلين.

وبمعالجة المريض بأى علاج حديث يشفى هذا الطفح حالا ولا يبقى بعد ذهابه أى أثر يذكر على الجلد .

ولوحظ ان المريض الذى يظهر عليه هذا الطفح اذا عولج فلا تظهر عليه بعدئذ أى علامة من علامات الزهرى الا رجوع ظهور وردية حلقية (رزيولا انيولاريس) ويكون لونها (قاتماً) عن لون الطفح الأولى ، وتبقى هذه الوردية[1] عنيدة لمدة بضعة شهور وأحياناً تستمر لبضع سنين .

وأما الطفح الذى وصفه (اونا) كطفح فى غير ميعاده (انا كرونيستيشه ايكزانتيم) فهو طفح ينتهى بشكل حليمات صغيرة سطحها مغطى بقشور دقيقة ميالة للظهور بشكل متعرج (سيرسينت) . وليس تشخيصه بالأمر الهين اللهم إلا بملاحظة باقى الاعراض ودراسة تاريخ المريض جيداً . ولوحظ انه يظهر عند النساء اكثر من الرجال[2]. وهذا الطفح عنيد جداً ولا يشفى بسهولة رغماً عن العلاج بمختلف الطرق

---

(١) هارتتويج (٢) نيلسن



رسم نمرة (٢١) — قرحة زهرية على الشفر الأيسر لفرج سيدة مع تضخم الشفر وتضخم الغدد المحيطة بالمنطقة وتضخم غدد باقى الجسم مع ظهور طفح وردى على الجسم نتيجة اهمال العلاج الجدى لاكثر من سبعة أسابيع .

ويترك محله بقعاً مصبوغة بصباغ نحاسي رمادى ولوحظ[1] انه من النوع المغرم بالرجوع للظهور (ريكارينس) .

وفى حالات كثيرة يظهر الطفح فى حالات الزهرى العائد للظهور بشكل هذا الطفح اللطخى أو الطفح الحليمى اللطخى ولكنه طفح لطخه وحلماته صغيرة جداً وعديدة ومنتشرة بكثرة[2] ويجب ملاحظة ذلك منعاً للوقوع فى خطأ تشخيص مثل المريض بهذا الطفح كمريض بطفح زهرى أولى مع انه زهرى قديم .

وقد وجد كثير من العلماء[3] سبيروشيتا باليدا فى عينات من دم أخذوه من اللطخ الموجودة بهذه الورديات المختلفة .

وتشخيص هذه الوردية الزهرية (روزيولا سيفيليتيكا) من الورديات الاخرى أو أمراض الجلد الوردية المختلفة ليس شاقا : ففى التهاب الجلد الوردى الناتج عن التسمم بسموم او ادوية مختلفة — خصوصاً العقاقير التى تستعمل فى علاج الزهرى نفسه — ينتشر الطفح الجلدى على الجسم كله دفعة واحدة وعلى الوجه أيضاً بل يبتدىء بالظهور على الوجه فى أكثر الحالات ، وهذا ما لا يحصل فى الوردية الزهرية . وفى مرض الجلد المسمى بتيرياسيس فيرسيكلور يمكن التمييز بين طفحه والطفح الزهرى بسهولة من شكل الطفح ولا يخطىء تشخيصه الا الاطباء الذين لا يعرفون أمراض الجلد ويمكن أخذ عينة من الجلد وبفحصها يرى ميكروب هذا المرض وهو (ميكروسبورون فورفور) . وللتمييز بين الوردية الزهرية وبين المرض الجلدى هيربيس تونسيورانز ماكيولوزص اند سكواموزس يلاحظ أن الطفح فى هذا المرض الجلدى يكون طفحاً لطخياً ولكن كل سطحه يكون مغطى بقشور رقيقة دقيقة فى جميع المنطقة التى بها طفح وهذا ما لا يرى فى الوردية الزهرية. وللتمييز بين الوردية الزهرية والوردية التى تظهر فى التيفوس يلاحظ أن الطفح

---

(١) فورنييه ونيلسن (٢) ايرمان وفينجر (٣) جيرار وجيبون وهنت وريتشاردز وغيرهم.

يظهر فى التيفوس بشكل بقع صغيرة كرأس الدبوس الى حجم (العـــدس) ويكون عددها محدوداً جداً ، أى من ٣ الى ١٥ نقط حمراء وأحياناً تصـــل الى عدد كبير وتنتشر ، ولـكن هذا نادر جداً ،وتكون على الصدر والبطن فقط فى اكثر الحالات . ولسنا فى حاجة لتذكير القـارىء بباقى الأعراض التى تظهر فى مرض التيفوس . والتمييز بين الوردية الزهرية والطفح الذى يظهر فى *الحميات الأخرى* بســيط اذا لاحظ الطبيب شكل الطفح وموقعه وانتشاره واذا ضم لذلك ظهور الشانكر وتورم الغدد الليمفاوية و (ع . ف .) فى حالات الزهرى وباقى أعراض الحميات فى الحالات الأخرى .

(٢) الطفح الزهرى الحليمى

يظهر الطفح الحليمى عند ظهور الوردية أو بعد ظهورها بقليل . ويبتدىء بظهور حليمة أى حبة صغيرة وسط اللطخة فى الطفح اللطخى أو يظهر كطفح حليمى مستقل بنفســه . ويكون لون الحليمات نحاسياً احمراً أو نحاسياً ، ويتغير هذا اللون فى الحليمات المتأخرة الى لون أصفر بنى أو أصفر وسخ، وتكون الحليمات بحجم رأس الدبوس وتكبر الى حجم حبة العدس أو حجم نصف حبة الفاصوليا ، وتكون بارزة عن سطح الجلد وتكون متصلبة قليلا وليست رخوة ، وبالضغط عليها بالأصبع[1] لا يختفى لونها لأنها ناتجة عن الارتشاح المتسبب عن الاحتقان الدموى نتيجة مهاجمة السبيروشيتا باليــدا لخلايا طبقــات الجلد الوسطى والسفلى . وبما أن سبيروشيتا فى هذا الطفح لا تهاجم البشرة الخارجية للجلد وبما أن الارتشاح يحصل فى الطبقات الوسطى فلا يحصل تقرح فى سطح الحليمات بل يرى سطحها ناعماً لامعاً ،وبعد مرور بعض الوقت على ظهور هذه الحليمات يبتدىء ظهور قشور على سطحها ، وتلك القشور تكون ملتصقة جيداً بسطح

---

(١) يستعمل اطباء الجلد عادة قطعة من الزجاج السميك لفحص الطفح الجلدى بضغط القطعة بسطحها المريض على الطفح بدلا من الضغط بالاصابع وبذا يرون لون الطفح حالة ضغطه لان الزجاج شفاف وليس كالاصابع تخفى ما تحتها .



(رسم نمرة ٢٢)

(ا) صورة سيدة بها طفح زهرى حليمى من نوع الحليمات المتوسطة والصغيرة .

(ب) صورة مهبل مفتوح بواسطة آلتين العليا والسفلى . وترى بين الآلتين الفتحة الامامية للرحم ورأس عنق الرحم وعليه لطح مخاطيـة (ميوكص پاتشز) عريضة وهذه من أحسن مميزات دور تعميم العدوى عند السيدات ولكنها علامة لا تظهر كثيراً عندهن وظهورها يعتبر علامة من علامات شدة المرض

(بوشكه) .

الحليمة ولذا تظهر بوضوح عند ما يحـاول الطبيب اظهارها باحتكاك أصبعه بسطح أو بتدليك الحليمة بآلة غير قاطعـة من آلات فحص الجلد ، وعند ما تظهر هذه القشور على الحليمات يسمونه الطفح الحليمى القشرى أو الزهرى الحليمى الحرشفى (سيفيليس بابيولو سكواموزم) ، وعند وصول الطفح الحليمى لهذا الدور يبتدىء الطفح يختفى ومن هذا يفهم أن عملية التقشر أو التحرشف هى عملية من عمليات الشفاء . ولوحظ أن الحليمات تظهر بشكل غير منتظم أو فى شكل حلقات أو خطوط متعرجة .

وتظهر الحلمات عادة بعد مرور مدة لا تقل عن ثلاثة أو أربعة شهور من يوم التعرض للعدوى وفى الحالات النادرة بعد ٦ أو ٨ شهور من تاريخ العدوى وتتأخر أحياناً لمدة سنة كاملة حتى تظهر.

وينقسم الزهرى الحليمى الى قسمين كبيرين :—

(ا) طفح الحليمات الكبيرة

(ب) طفح الحليمات الصغيرة



(رسم نمرة ٢٣)

طفح زهرى الحليمات الكبيرة منتشرة حول القضيب على العانة وباعلا وأسفل رباط بوبارت وعلى القضيب نفسه.

ويلاحظ القارىء وجود التسالكر على الفتحة الامامية للقضيب.

(١) زهري الحليمات الكبير (ليتيكيولو بابيولار سيفيليس).

تظهر الحليمات فى حجم حبة العدس أو بحجم نصف حبة (الحمص الشامى) وتكون مستديرة مرتفعة قليلا عن سطح الجلد مسطحة أو محدبة قليلا ويكون لونها أحمراً وردياً ويتغير الى أحمر قاتم الى نحاسى ويكثر ظهورها بين عظمتى اللوح على

الظهر أو على الظهر كله وعلى الصــدر والبطن وعلى العنق وأحياناً تظهر على الوجه خصوصاً على جانبي الأنف وعلى الذقن . وتظهر على الأطراف بالجهة القابضــة (فليكسور) ولا يتم ظهور هذا الطفح الا ببطء شــديد ونادراً جداً لما يتم ذلك فى بضعة أيام أى ٣ الى ٥ أيام بل يحتاج لأسابيع حتى ظهوره وعندئذ يكون الطفح فى أدوار تقدمه المختلفة ، اذ تظهر حليمات اكبر من أخرى،وتظهر حليمات ذات لون أحمر وأخرى ذات لون نحاسى وغيرها ذات لون نحاسى بنى وحليمات سطحها لامع وغيرها عليها قشور ، وبما أن هذه القشور تظهر أولا فى وسط الحليمة وتمتــد للخارج فترى حليمات بقشور ، فى وسطها وأخرى بقشور تغطى نصف سطحها وغيرها بقشور تغطيها كلها ، وتعدد هذه الأشكال هو المميز للطفح الزهرى .

ويبقى هذا الطفح عدة شهور . وهو طفح عنيد لا يؤثر فيــه العلاج بسهولة خصوصاً فى الحالات التى يكون أهمل علاجها فى أول ظهورها .

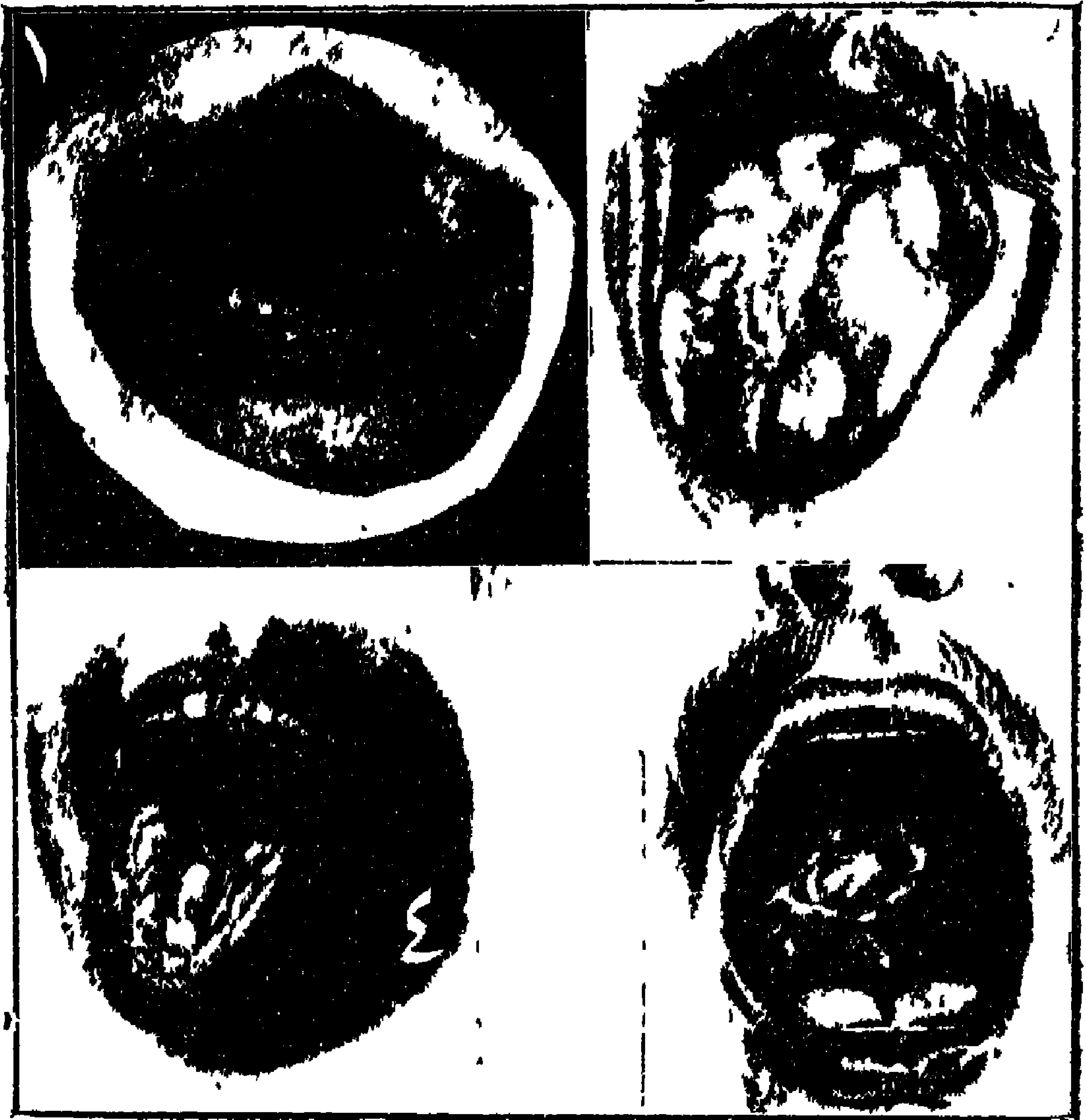
وأحياناً يبتدىء ظهور تقرح بسيط فى وسط الحليمات بشكل بثرة (بوستيول) صغيرة وترى الحليمات بلونها النحاسى وفى وسطها نقطة صفراء بشكل الصديد وتتسع هذه البثرة فتأكل وسط الحليمةوتمتد للخارج حتى يتأكل كل سطح الحليمة .وتجف المادة الصفراء وتربى قشرة سميكة فوق سطح الحليمة يكون لونها حينئذ أصفراً أخضراً قاتماً مسوداً،ولما يكثر ظهور هذه البثور فى هذا الطفح يسمى **بالزهرى الحليمى البثرى** (بابيولو بوستو يولار سيفيليس) ولا يكون هذا الطفح مصحوباً بأعراض ثانوية كثيرة الا انه يكون أحياناً مصحوباً ببعض (أكلان) و (هرش) وترتفــع درجة الحرارة عند ظهور الطفح . والحالات التى يظهر فيها هذا الطفح يكثر فيها ظهور اللطخ المخاطية (ميوكص باتشيز) داخل الفم وعلى سقف الحلق أو اللوزتين . وأحياناً يظهر مع التهاب القزحية (ايريتيس) أو صلع بالرأس تام أو جزئى وأحياناً « أكنه زهرية » بالرأس (اكنى سيفيليتيكا) .

وفى بعض الحالات نظهر الحليمات بجوار بعضها فيتكون منهــا شكل متعرج أو حلقــات مستديرة أو مستطيلة أسے منتظمة ، وفى هذه الحالة يسمى الطفح

(**بالزهرى الحليمى الحلقى والمتمرج** سيفيليس بابيولوزا انيولاريس ايه سيرسيناتا) . وكلما كانت بعض هذه الحلقات متقاربة من بعضها وتلتحم ببعضها يتكون طفح يسمى **بالزهرى الحليمى الحلقى المتعدد** (سيفيليس بابيولوزا جيراتا) ، ويظهر هذا الطفح الحلقى المتعدد بعد ٦ الى ٩ شهور من يوم العدوى وهو نوع من الطفح اذا رآه الطبيب مرة فلا ينساه قط فى حياته ، وأعطى البروفيسور (ليسير) اسما مخصوصاً لهذه الحالات وهو زهرى القنابل (بومبين سيفيليد) .

التشخيص - ينحصر تشخيص زهرى الحليمات الكبيرة فى رؤيا حليمات حمراء أو نحاسية منتشرة فى أجزاء الجسم السابقة الذكر وفى وجود أشكال لها متعددة ، فمن حليمات سطحها لامع لحليمات بسطحها قشور دقيقة لأخرى فى وسطها بثور أو سطحها مغطى تماماً بقشرة (كراستا) سميكة وفى وجود باقى علامات الزهرى المختلفة التى تصحب تلك الحليمات . وللتمييز بين ذلك الطفح وبين المرض الجلدى - **الحكة** (بروريجو) - لا توجد مشقة ما إذ يوجد بالحكه (اكلان وهرش) بشكل لا يوجد فى الزهرى . ويظهر فى الحكة الطفح على الجهة الشادة (ايكستينسور) للأطراف بعكس الزهرى الذى يظهر فيه الطفح على الجهة القابضة (فليكسور) ، وتصيب الحكة المرضى فى سن الطفولة الى الخامسة عشر من عمرهم عادة بعكس الزهرى الذى يكثر ظهوره فى الشباب والكهول ولو انه لا يوجد ما يمنع ظهوره فى سن الطفولة .

وللتمييز بين الطفح الحليمى فى الزهرى وبين مرض الجلد - **الحزاز الياقوتى او الليكن الياقوتى** (ليشين روبر) - يلاحظ انه بالحزاز الياقوتى تكون الحليمات مستطيلة نوعاً وسطحها جميعها مغطى بقشور صغيرة شمعية ويكون المرض مصحوباً (بأكلان وهرش) بعكس الطفح الزهرى الذى يكون متعدد الأشكال (پوليمورفيزم) من وردية لحليمات بسيطة لحليمات بها قشور لحليمات متقرحة لحليمات متقيحة وهكذا . ويلاحظ وجود باقى الاعراض التى تصحب هذا الطفح . ولتمييز مرض الجلد



(رسم نمرة ٢٤)

(١) تقرح زهرى شديد على الشفتين وطرف الأنف نتيجة الزهرى الخبيث .

(٢) لطع متضخمة (هيبر تروفيد باتشيز) على اللســان تظهر فى دور تعميم العدوى كلطع بسيطة وتبتدىء أحيانًا تتضخم فتصل لهذا الحجم الجلى .

(٣) فتحة بالحنك الصلب والحنك الرخو (هارد اند سوفت بالات) نتيجة تقرح زهرى وتظهر مثل هذه الفتحات بدورى تعميم العدوى ورجوع ظهور الأعراض .

(٤) التهاب « بين الأغشية » الزهرى باللســان (سيفيليتيك اينترستيشيال جلوسيتيس) . (بوشكه)

— **الاكنة المتصلبة** (أكنى ايندوراتا) — عن الطفح الزهرى الحليمى يلاحظ انه بالاكنه توجد بثور متقيحة على التوالى بعكس الزهرى الذى توجد وسط حلماته بثور صغيرة ومختلفة الأشكال . ويوجد الطفح بالأكنه على الوجه من أول الأمر وهذا نادر فى الزهرى .

ولتمييز مرض الجلد — **ايريثيما مفرزة متعددة** (ايريثيمايكسيوداتيفم مولتيفورم) — يلاحظ أن هذا المرض يظهر أولا على اليدين والقدمين وتكون اللطع والحلمات بلون أحمر صنوبرى بعكس الزهرى . وللتمييز بين **الصدفية البسيطة** (بسورياسس فالجاريس) **والصدفية الزهرية** (بسورياسيس سيفيليتيكا) نضع المقارنة الآتية :—

الصدفية البسيطة	الصدفية الزهرية
(١) تكون القشور التى تغطى الطفح قشوراً كبيرة قطرها ٢ الى ٣ ملليمتراً لامعة فضية سميكه وعند انتزاعهامن سطح الطفح يظهر السطح المكشوف كسطح احمر بهافراز دموى من انتزاع القشور و به حلمات (پاپيلا) صغيرة حمراء مرتفعة بجوار بعضها فيشبه سطحها سطح التوت. وأحيانا تخرج القشور عند انتزاعها كقرص واحد من التصاقها ببعضها. ويكون الطفح منتشراً على أجزاء كبيرة من الجسم .	(١) تكون القشورالتى تغطى الطفح الزهرى قشوراً بيضاء متسخة رقيقة جداً وصغيرة الحجم لا تتعدى ١ ملليمتر او واحد ونصف فى طولها . وعند انتزاعها لا تخرج أبداً لأى سبب ملتصقة ببعضها بل تخرج منفردة ولما ينكشف السطح الذى تحتها لا يوجد عليه أى افراز دموى ويكون ناعماً لامعاً من التصلب البسيط فى أسفله ويكون لونه احمراً نحاسياً قاتماً .
(٢) يظهر الطفح على الاطراف	(٢) يظهر هذا الطفح كغيره من

بجهاتها الشادة (ايكستينسور) خصوصاً على الركبة والمرفق .

أنواع الطفح الزهرى فى أى بقعة الا ان ظهوره يكثر عادة على الجهات القابضة (فليكسور) للاطراف ، و يظهر أيضاً داخل الايدى وعلى (بطن القدم) .

(٣) يبتدىء المرض عادة فى سن الطفولة ولو أنه يظهر فى ابتداء الشباب وفى الكهولة أحياناً و يتقدم المرض بسرعة أو ببطء ولكنه يشفى غالباً بسرعةوأحياناً فجأة فتبتدىء القشور تنزل عن سطح الطفح الذى يبتدىء يختفى بعد زمن قصير . وفى الحالات التى تصير مزمنة يعود الطفح للظهور كل عام وفى نفس الفصل اى فى الشتاء أو الخريف مثلا .

(٣) يستمر المرض زمناً طويلا كما هو بدون تقدم أو تأخر ولا يبتدىء يختفى الابعد عمل علاج كاف ضد الزهرى وتختفى القشور بعدئذ وتترك تحتها لطماً نحاسية او (نحاسيةبنية) وتختفى هذه ايضاً بعد زمن ما وأحياناً لا يشفى هذا الطفح بالعلاج العادى ويحتاج لعلاجات مختلفة متعددة متوالية . ونادراً يشفى هـذا الطفح فجأة على غير انتظار . ولا يعود للظهور كل عام .

(٤) يظهر الطفح بشكله المخصوص على كل أجزاء الجسم وحتى على الرأس وسط الشعر يوجد نفس الطفح بقشوره المذكورة .

(٤) يظهر الطفح بأشكال متعددة كالعادة فى الزهرى (سيفيليتيك بوليمورفيزم) كحليات و بثور الخ ويكون مصحوباً بباقى علامات الزهرى كاللطع المخاطية داخل الفم وعلى اللسان .... الخ .

ولا داعى للتمييز بين الاكزيما و بين الصدفية الزهرية اذ ان طفح الا كزيما يكون به فقاقيع بها سائل مائى أوسائل مصلى دموى اومتقيح وصورة الا كزيما صورة يسهل على الطبيب تمييزها ولا تكون مصحوبة بتاريخ زهرى أو بأمراض زهرية أخرى .



(رسم نمرة ٢٥)

طفح زهرى منتشر على العنق بشكل تعابى (سيربيجينص) وهو نوع يظهر فى دور تعميم العدوى ويقل ظهوره فى دور رجوع الأعراض و يعبر بعضهم ظهوره حينئذ كظهور عائد (ريكارنت) .

وهنا يجب أن تذكر نقطة مهمة عن زهرى الحلمات الكبيرة اذ ان شكل الطفح يتغير كثيراً بتغير موقعه . فاذا كان الطفح على الجلد العادى أى على الذراع أو الصدر أو الظهر مثلا فانه يسير فى مجراه الطبيعى ولكن اذا ظهرت الحلمات الكبيرة فى نقطة إتصال الجلد العادى بالسطوح المخاطية مثلا عند زاوية الفم أو عند زاوية جفون العين وهكذا فان سطح الحلمات يتأ كل تأ كلا خفيفاً وتكبر ويحصل فيها ورم بسيط ، ويسمى الطفح عندئذ **طفح زهرى منشق او شجى** (راجيديك سيفيليس) . واذا ظهرت الحلمات الكبيرة على سطحين من الجلد محتكين بعضهما مثلا على الصفن (سكروتم) فانه باحتكاك الصفن بالفخذين تحصل تغييرات مخصوصة فى تكوين الحلمات ونموها وهذا يحصل فى نقط متعــددة فى الجسم . فمثلا على السطح الأسفل للثدى إذ يحتك بجلد الصدر ، أو حفرة الابط (اكزيلارى سپيس) إذ تكبر الحلمات و يصير سطحها مكشوفاً ناعماً رطباً وتشبه اللطخ المخاطية .

واذا ظهرت الحلمات الرطبة أى ذات السطح المكشوف المتأكل فى مناطق أخرى مثلا على الفرج أو على الشفرين الكبير والصغير أو على الصفن أو على فتحة الشرج فانها تتخذ شكلا مخصوصاً ويعطونها حينئذ اسم **ورم ثؤلولى مخنف** (كونديلوماتالاتا).



(رسم نمرة ٢٦)
ورم ثؤلولى (كونديلو ماتا لاتا) كبير على فتحة الشرج (اينس)

وهو عبارة عن سطح مرتفع قليلا عن الجلد ناعم كالقطيفة به أحيانا حلمات (پاپيلا) صغيرة مرتفعة فى وسطه ويكون رطباً غير جاف من وجود افراز مائى أو مصلى عليه ناتج عن تهيج السطح المكشوف ، لأن طبقة البشرة الخارجية التى فوقه تكون تأكلت من الاحتكاك المستمر فى هذه المواضع وينتشر هذا الورم بانضمام الحلمات الكبيرة لبعضها فيصير فى حجم القرش الصاغ أحيانا ويكون سطح هذا الورم مستديراً أو مستطيلا وينتشر (كالمروحة) أحيانا عند ما يكون على فتحة الشرج ويكبر حجمه ويتسع بالنسبة لوجود تهيج مستمر من الأوساخ التى تمر بهذه الفتحة عند التغوط ولاهمال بعض المرضى فى تنظيف الفتحة جيداً اما لوساخة عاداتهم

أو باستعمال الورق على الطريقة الافرنجية . ويشغل مساحة تتراوح بين ٦ الى ١٢ سنتيمتراً فى بعض الحالات (راجع رسم نمرة ٢١) وأحياناً يكون الورم متعدداً خصوصاً لما يظهر خارج الفرج وعلى الشفرين عند النساء

ولما يظهر هذا الورم التؤلولى بين أصابع القدم يكون مؤلماً ويلتهب كثيراً من العرق المستمر . واستعمال الحذاء الضيق من أهم الأسباب فى استمرار هذا الداء وأحياناً



صلع بالرأس نتيجة الزهرى ويلاحظ انه لا يكون منتشراً فى كل المنطقة اذ ترى بضعة شعرات ظاهرة وسط الصلع (الوبيشيا سيفيليتيكا)



طفح زهرى عقدى ثعبانى (تيوبيروسيربيجينص) وهو طفح يقاوم العلاج ويستمر زمنا طويلا ويحتاج علاجا شديداً لشفائه (ماس جوزيف)



قرحة زهرية — شانكر على اللسان — ويرجح انها ناتجة من استعمال العادات السرية (الفرنسية)

(رسم نمره ٢٧)

ينتهى بتقرح عميق يخترق طبقات الجلد ويصل لاوتار العضلات (تيندونز) ويخترق الغشاء الزلالى (سينوفيال ميمبرين) الذى يغطى اوتار العضلات فتنتقل العدوى الثانوية التى تكون وصلت للورم التؤلولى الى داخل القدم وربما تنتهى المسألة باضطرارنا لبتر القدم .

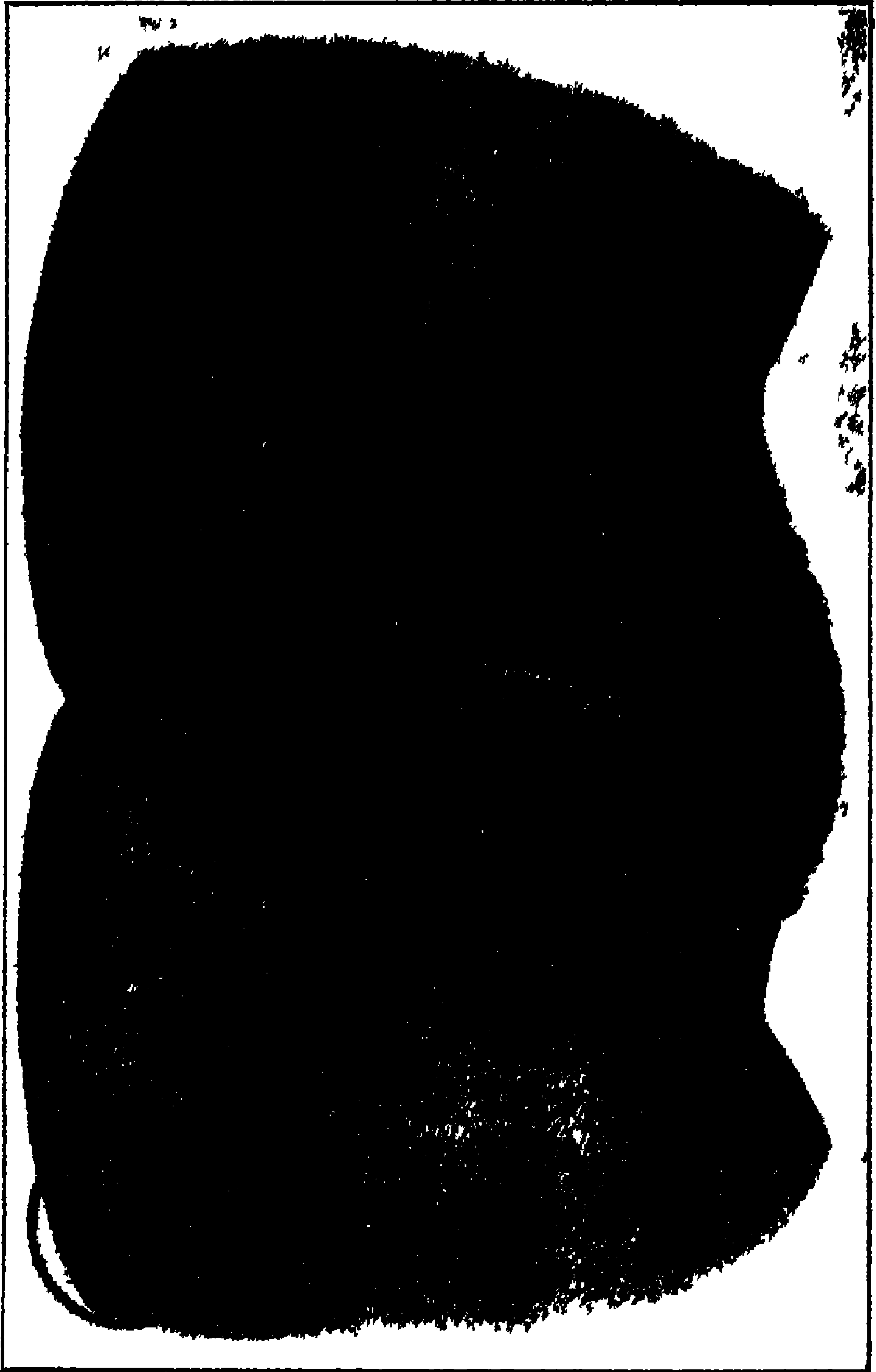
وأحياناً يظهر الورم التؤلولى بعد قليل من ظهور التشانكر ، ويلاحظ انه عند ظهور حليات كبيرة يتبعها ظهور هذا الورم ويكثر حصول ذلك عند النساء خصوصاً عند العاهرات أو عند النساء المفرّطات كثيراً فى اعراضهن والمفرطات فى شهواتهن التناسلية فيظهر هذا الورم بشكل صغير كحبات العدس أو الفاصوليا وبشكل متعدد وتكون منثورة على خارج الفرج وبجوار الشانكر (راجع رسم نمرة ١٥ صحيفة ٥٨)

وقصارى القول ان الورم التؤلولى يظهر كثيراً فى دور تعميم العدوى ويقل ظهوره فى دور رجوع الاعراض ، ويعود هذا الورم للظهور فى هذا الدور بعد ان كان ظهر مرة أو مرتين فى دور تعميم العدوى واختفى . ولوحظ ان الافرازات التى تظهر على هذا الورم تكون معدية وأحياناً تكون معدية جداً .[١]

وتوجد ميكروبات سبيروشيتا باليدا بكثرة فى هذه الأورام التؤلولية وتكون بأحجام مختلفة [٢] . ولوحظ وجود أنواع مختلفة من السبيروشيتا مثل سبيروشيتا ريفريجنس[٣] مع سبيروشيتا باليدا وسط الطبقات البشرية المخاطية (ايبيثيليال ليرز) بهذه الأورام ويمكن تمييزها بواسطة الصبغ باملاح الفضة (راجع باب سبيروشيتا باليدا ، وراجع مؤلفات البكتيريولوجيا)

---

(١) فينجر . هوفمان . ماكس جوزيف (٢) بيرتاريللى (٣) هوفمان



رسم نمرة (٢٨) ، يظهر الرسم بطول الصحيفة ، طفح لطخى على الفخذين ، طفح حليمى على العجز ، وترى القرحة على الشفر الاكبر الأيمن للفرج ، وجميع غدد المرأة متضخمة (مراسك)



(رسم نمرة ٢٩)

تقرح زهرى بشكل الكلاوى على ركبة سيدة صغيرة .

طفح زهرى نونى الشكل (فرامبوزيهورم سيفليد) على الرأس (بوشكه).

(ب) زهرى الحليمات الصغيرة (الحزاز الزهرى)

ميليارى بابيولار سيفليد - ليشين سيفيليتيكوس

تظهر حليمات صغيرة بحجم السمسمة أو حبة (أبو النوم) ويتم انتشارها فى يومين أو ثلاثة الى خمسة أيام ولا تنتشر على مساحة متسعة من الجسم كانتشار زهرى الحليمات الكبيرة . وظهور الحليمات الصغيرة اندر جداً من ظهور النوع الكبير . ويكون لونها نحاسياً قاتماً ، وتظهر أحياناً على الوجه وأحياناً تظهر عند جذور الشعر على رأس جراب الشعرة (هير فوليكيل) . وتكون الحليمات الصغيرة مبعثرة غير منتظمة . وفى أكثر الحالات تظهر الحليمات الصغيرة مجتمعة فى شكل حلقة صغيرة فى وسط سطح حليمة كبيرة ويسمى الطفح حينئذ **زهرى غيمى كاذب** (سيفيليس كوريمبوزا). ولما يتم نمو الحليمات الصغيرة تكون على صغر حجمها بشكل مخروط قاعدته الجلد أو

سطح الحلمات الكبيرة ورأسه بارزه ، وأحياناً تظهر فقاقيع (فيزيكلز) فى رأس هذه الحلمات الصغيرة بها سائل شبه مائى و يتحول ذلك السائل بعدئذ الى سائل صديدى فيصير رأس الحلمة بثرة صغيرة . وعندما تنتشر هذه البثور برؤوس الحلمات الصغيرة يصعب تمييز هذا الطفح الزهرى عن مرض الجلد — **الحزاز الخنازيرى** (ليشين سكروفيولوزوم) بمجرد فحص الطفح الجلدى . وسيأتى الكلام على ذلك فى التشخيص .



(رسم نمرة ٣٠) زهرى الحلمات الكبيرة حول العين

يلاحظ القارىء ظهور الحلمات بشكل منتظم دائرى و يكثر هذا فى الطفح العائد للظهور (ريكارنت) ويكون الجلد فى منطقة الطفح متصلباً قليلا من الارتشاح الزهرى (سيفيليتيك اينفيلتريشن) .

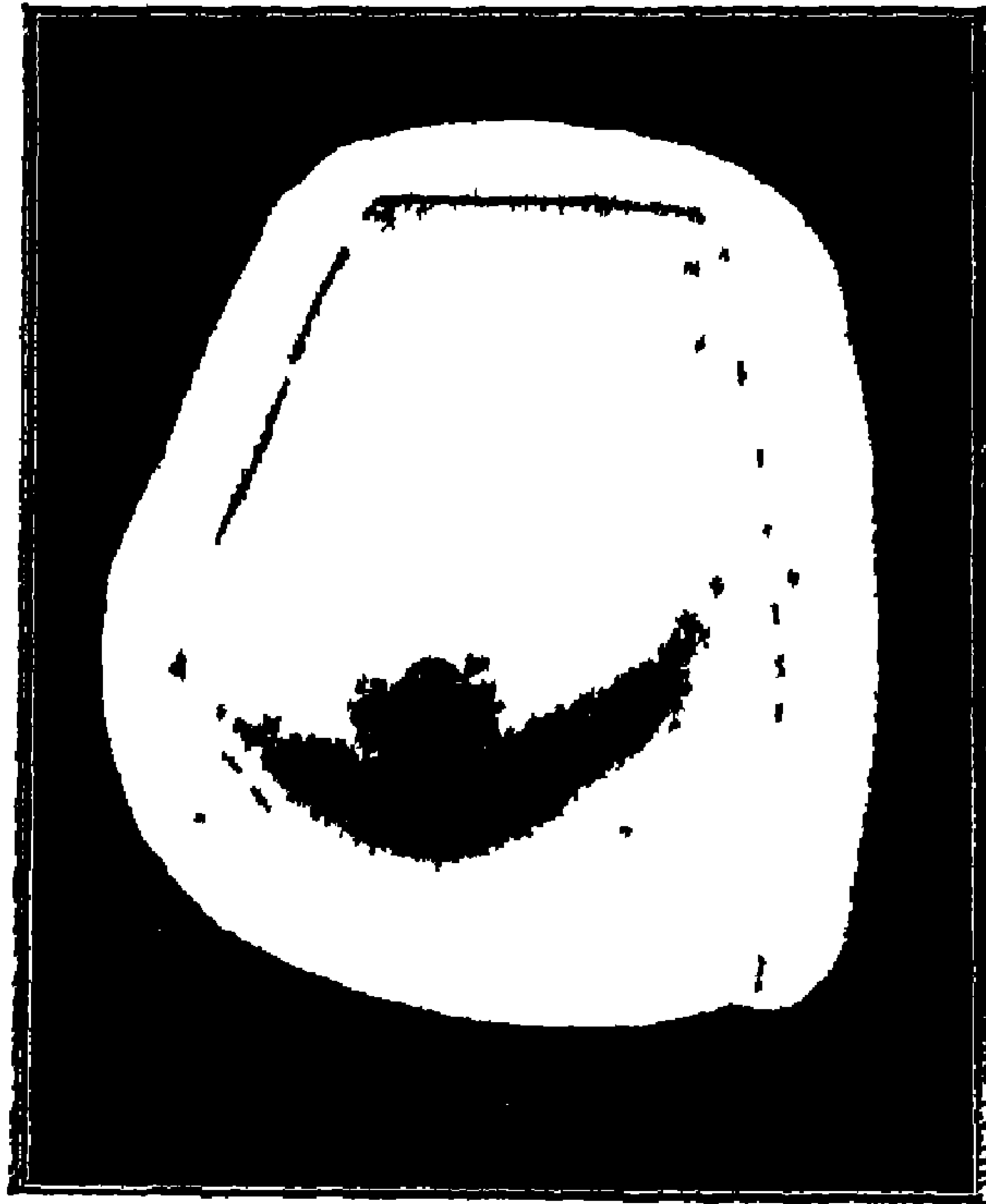
و يبتــدىء ظهور طفح الحلمات الصغيرة بعد ١٠ الى ١٤ شهراً من يوم التلقح بالعدوى وأحياناً بعد سنة ونصف أو سنتين . ولوحظ أن هذا الطفح يظهر كثيراً على المرضى الذين يصابون بالزهرى مع وجود أمراض[١] اضعفت أجسامهم كأنواع فقر الدم المختلفة أو مرض السل أو الافراط التناسلى الشديد .

ولوحظ أن زهرى الحلمات الصغيرة يكون مصحوباً بوردية [٢] أحياناً

---

(١) فيمجر . مينشيلستر (٢) لانج . فيمجر

وفى آخر أدوار هذا الطفح يبتدىء ظهور قشور صغيرة وسط الحليمات الصغيرة وتظهر حفرة صغيرة وسط كل حليمة وتختفى الحليمات كلها بعد العلاج تاركة مكانهابقعاً نحاسية قاتمة أو نحاسية رمادية ،ولوحظ أن هذه الحليمات الصغيرة مغرمة بالرجوع للظهور (ريكارينس) بعد اختفائها ولكنها لا تختفى بعد علاج بسيط إذ انها عنيدة جداً ويضطر الطبيب لعمل علاج قوى كل مرة لينجي المريض من شرظهورها . ومستقبل المريض الذى يظهر عليه زهرى الحليمات الصغيرة مظلم اذ لوحظ[1] انه وان كانت صحته جيدة فان نوع الزهرى الذى يجرى فى دمه نوع فتاك ، ولوحظ أن رجوع ظهور هذا الطفح مراراً مما يذهب القوى ويسبب ضعفاً شديداً منهكا (مارازمس) وقد يقود هذا النوع من الزهرى الى الموت رغم العلاج ، اللهم الا اذا اعتنى الطبيب بمريضه عناية فوق العادة .

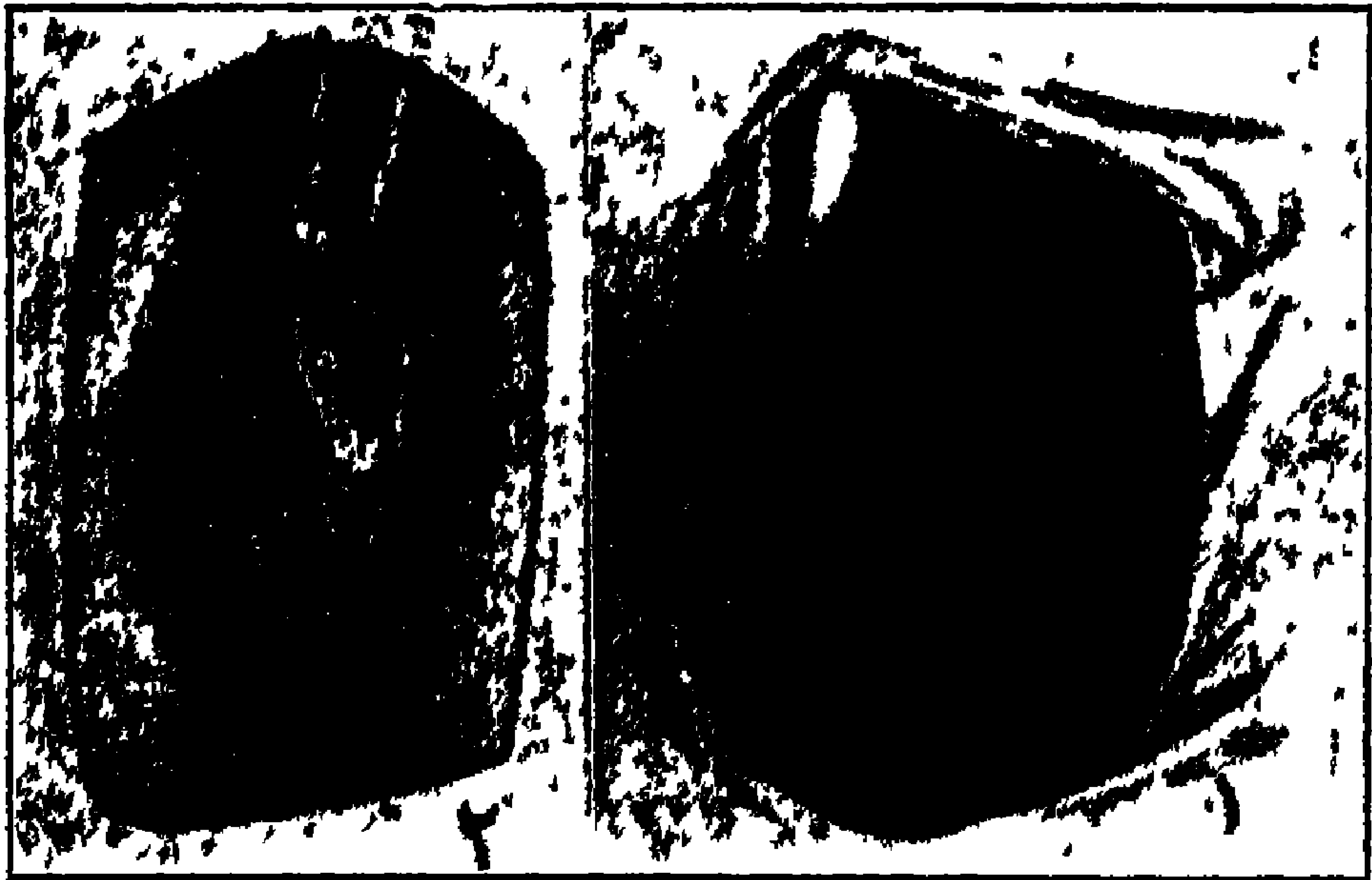


(رسم نمرة ٣١)

شانكر على حلمة ثدى سيدة كانت ارضعت ابن صديقة لها مصاباً بالزهرى الوراثى

(١) كابوسى

التشخيص — لتميز زهرى الحلمات الصغـيرة من مرض الجلد — **الحزاز الياقوتى الواضح** (ليشن روبر پلاننص) يلاحظ أن الحلمات بالحزاز المذكور تكون مضلعة لها زوايا غير مستديرة وتكون مغطاة احياناً بقشور شمعية اللون ، وأحياناً يكون وسط الحلمات بعض ارتفاع هرمى الشكل ويكون هذا المرض مصحوباً (بأكلان وهرش) شديدين وهذه الأوصاف بعيـدة عن زهرى الحلمات الصغيرة أى الحزاز الزهرى . ويلاحظ أن (الهرش والاكلان) يميزان أيضاً مرض الجلد — **اكزيما حلمية** (اكزيما بابيولوزم) — ويلاحظ انه بهـذه الاكزيما تكون الحلمات منتشرة فى مواضع أخرى غير مواضع انتشار الحلمات الزهرية الصغيرة وتكون رطبة غير جافة كالحلمات الزهرية وتكون مصحوبة بلطخ حمراء عريضة متسعة على نقط مختلفة من الجسم . والصعوبة التى يلاقيها الطبيب فى هذا التشخيص هى التمييز بين زهرى الحلمات الصغيرة ومرض الجلد — **الحزاز الخنازيرى** (ليشن سكروفيولوزم) ففى الأخير يظهر الطفح على معظم أجزاء الجسم ولا يظهر على الوجه — اللهم الا فى



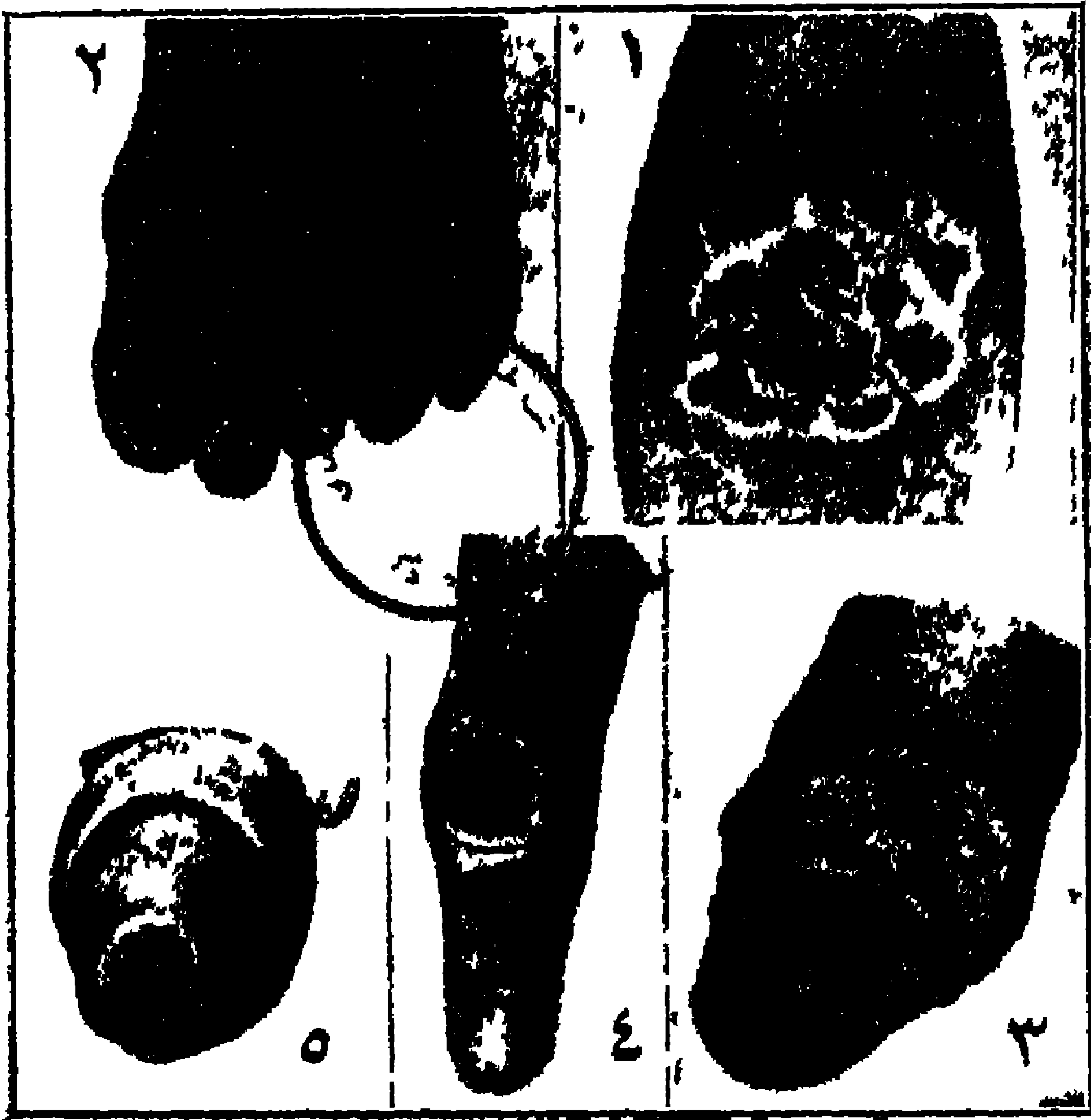
(رسم نمره ٣٢)

(١) تقرحات زهرية على الصفن (سكروتم) تظهر أحياناً فى دور تعميم العدوى .

(٢) شانكر على السفر الكبير مصحوب بالتصلب والورم المعتادين فى زهرى النساء .

حالات نادرة جداً ويشك فى صحة تشخيصها — ويصاب الأطفال والشبان عادة بهذا المرض ، بعكس زهرى الحلميات الصغيرة إذ يظهر على الوجه وحول (الركبة) ويصاب به المرضى فى مختلف الأعمار ، ويلاحظ القارىء انه يجب فحص المريض للتحقق من باقى أعراض الزهرى كاللطخ المخاطيــة فى الفم ...... الخ ..... الخ ولا داعى للتمييز بين **الجرب** وزهرى الحلميات الصغيرة إذ يجب ملاحظة ما ذكرناه فى صحيفة ٦٤ عن الجرب مع ملاحظة باقى أعراض الزهرى . ويوجد بمصر مرض جلدى يسمى **حمو النيل** يشبه فى طفحه الجلدى زهرى الحلميات الصغيرة ، وللتمييز بينهما يلاحظ أن الأول يظهر عادة فى الصيف قبل فيضان النيل الى المدة التى تسمى (زمتة النيل) أو (زنقة النيل) أى شهر اكتوبر تقريباً ، ويلاحظ ان الطفح يكون مصحوباً باحمرار عام فى الجلد خصوصاً على الوجه والعنق والصدر والظهر والذراعين وأحياناً على الساقين ولا يلاحظ ذلك اللون إلا فى البشرة البيضاء ويكون مصحوباً أحياناً (بهرش وأكلان) ولا يكون مصحوباً بأى اعراض أخرى .

وقبل ان نختتم الكلام على زهري الحلميات نذكر الانواع الاتية وهى ليست انواعا قائمة بذاتها بل هى زهرى حليمى له اسماء معروفة لدى العلماء بالنسبة لموقعه او لشكله وتركيبه . فعند ما تتجمع الحلميات بجوار بعضها تظهر بشكل سطح (الفراولة) او التوت الكبير ويكون سطح بعضها رطباً وسطح البعض الاخر جافاً ويعطونها اسم زهرى توتى (فرامبيوزيفورم سيفيليد) وهذا الطفح يظهر عادة على الوجه او العنق او الرأس (راجع رسم نمرة ٢٨) ويظهر فى دور تعميم العدوى ونادراً لما يظهر فى دور رجوع ظهور الاعراض . ويعطون اسم الصدفية الزهرية اليدوية والقدمية (بسورياسيس بالماريس ايه بلانتاريس سيفيليتيكا) للصدفية الزهرية التى تظهر داخل الايدى وعلى بطن القدم ، وتعتبر من العلامات القوية المشخصة للزهرى . ويوجد نوع من الحلميات الزهرية يكثر ظهوره على الاعضاء التناسلية وحولها ،ولاحظت انه يظهر عند الرجال اكثر من النساء فى مصر وبالعكس فى اوربا ، وهو عبارة عن حلميات زهرية تكون متصلبة جداً من وجود خيوط ليفية نتيجة الالتهاب الزهرى وهو طفح عنيد يقاوم العلاج ،ولاحظت انه بدون استعمال علاج (اينترامين) مع العلاج الزرنيخى والزئبق يتعذر شفاء هذه الحلميات. ويعطون هــذه الحلميات عادة اسم الحلميات المركبة جيداً وبالالمانية (اورجانيزيرته بايلن) اى (اورجانيزدبابيولز) بالانجليزية ويندر ذكرها فى المؤلفات الانجليزية . ويظهر هذا الطفح فى دور تعميم العدوى وليس مغرماً بالرجوع للظهور (ريكارنس) .



(رسم نمرة ٣٣)

(١) صمغية زهرية (جمّا) جلدية متأكلة من الداخل ،وترى تأكلا منتظما بشكل فتحات بالجلد يعطيها شكل (الغربال) ولذا يسميها بعضهم صمغية جلدية غربالية .

(٢) زهرى الأظافر . ترى أظافر القدم متأكلة وترى حلمات زهرية عند جذورها وتوجد خطوط صغيرة ممتدة على طول الأظافر.

(٣) هربيز تناسلى على القضيب . ترى تقرحاً بسيطاً سطحياً ويكون سطح القرح المكشوف أصفراً وسخاً (راجع باب الهربيز التناسلى) وليس به تصلب .

(٤) شانكر نتيجة عدوى بما يسمونه الزهرى البرىء على اصبع طبيب .

(٥) شانكر على الفتحة الامامية للقضيب.

(٣) الطفح الزهرى البثرى

(سيفيليس بوستيولوزا)

يندر ظهور هذا الطفح فى عصورنا الحالية لأنه طفح زهرى يظهر بعد مرور سنة على الأقل من يوم التعرض للعدوى وأحياناً يتأخر عن ذلك . وبما اننا أصبحنا وقد علم الجميع — اللهم الا بعض الجهلاء فى الأرياف والقرى — الحاجة القصوى لابتداء معالجة الزهرى بسرعة فيتعذر بقاء مريض مدة سنة كاملة بدون علاج . وقد كثر ظهور هذا النوع من الطفح فى القرنين الخامس عشر والسادس عشر حيث كان المرض يفتك بأوروبا فتكه الشنيع والناس جهل بأسراره عاجزون عن مقاومته . ويظهر الزهرى البثرى بظهور بثور صغيرة وسط الطفح الحليمى كما ذكرنا سابقاً ،ويندر ظهور الطفح البثرى من ابتداء الأمر مستقلا بذاته ،اللهم الا فى حالات **الزهرى الخبيث** حيث تظهر بثور كبيرة الحجم من أول الأمر و بسرعة غريبة تدهش أكبر الأطباء أحياناً لدرجة جعلت بعضهم يظنها مرض الجدرى .

ولا يظهر هذا الطفح الا على الأشخاص الضعاف البنية أو منهوكى القوى لأن القارىء يفهم بسهولة ان المرضى الآخرين يصابون بالزهرى الحليمى وتشفى حلياتهم بدون أن تصل لدور التقيح فى وسطها فلا تظهر البثور . وأما ضعاف البنية فيكون لميكروب الزهرى تأثير كبير عليهم وليس لديهم من قوة مقاومة المرض ما يحمى كريات جسمهم من الاضمحلال السريع والتقيح داخل الحليات لتصير بثوراً . ويظهر الزهرى البثرى ايضاً فى شكلين :—

(ا) زهرى البثور الكبيرة

(ب) زهرى البثور الصغيرة

(ا) زهرى البثور الكبيرة

(لارج بوستيولار سيفيليد)

يظهر زهرى البثور الكبيرة بأشكال متعددة تقتصر هنا على ذكر أهمها مع ملاحظة انه يتعذر اعتبار أى طفح زهرى كنوع واحد من هذه الأشكال إذ يظهر الطفح بشكل مركب احياناً ولكنا نعطى الاسم لنوع الطفح المتغلب فى الأشكال المركبة . وليلاحظ القارىء ان هذه القاعدة متبعة فى تسمية كل طفح زهرى . وعند ما تظهر البثور الزهرية فى حجم حبة العدس أو الحمص ويكون لونها نحاسياً قاتماً أو بنياً وفى وسطها الصديد كمادة صفراء أو غير ظاهرة لوجود طبقة سميكة من الجلد فوقها ، فيسمون الطفح « الجدرى الكاذب الزهرى » (ڤاريسيلا سيفيليتيكا) وتكون البثور حينئذ مستديرة بارزة بشكل محدب وبعد ذلك تبتدىء تكون مدببة وعند ما تتقدم للشفاء يظهر فى وسطها شكل حفرة صغيرة . وأحياناً تنفتح البثرة ويخرج الصديد من داخلها ويجف فوق سطحها بشكل قشرة (كراستا) . ولكن عند ما تكون عملية التقيح شديدة يحصل تقرح فى سطح البثرة ويتسع هذا التقرح وينتشر .

ويقسمون هذا الطفح الى نوعين الطفح المبعثر (ديسيمينيتيد) والطفح المتحم (كونفلوينت) . فالطفح المبعثر يظهر كبثور مبعثرة هنا وهناك ويكثر ظهوره على الوجه والاكتاف والظهر والاطراف بالجهة القابضة (فليكسور) . ويندر ظهور هذا الطفح داخل الايدى او على بطن القدم عند الشبان او الكهول (١) . وينتشر هذا الطفح على الجسم ببطء وتظهر بعض البثور عقب البعض الاخر ولذا ترى صورة من بثور شفيت تماماً وغيرها سائرة للشفاء وغيرها حديثة الظهور وهذه صورة تساعد جداً على تشخيص الحالة كزهرى .

---

(١) كابوسى . تزيسيل .

اما الطفح الملتحم فيظهر عادة داخل الايدى وعلى بطن القدم ويظهر غالباً عند الاطفال(١) فى الزهرى الوراثى ، واعتاد العلماء ان يسموه الفقاع الزهرى (بيميجوس سيفيليتيكوس)

ولما تظهر البثور الكبيرة عند جذور الشعر أو عند فتحات الغدد الشحمية بالجلد (سيبيشص جلاندز) يعطون الطفح اسم **القوبا الصفراء الزهرية** (ايمبيتيجو سيفيليتيكا)

ويندر ظهور هذا الطفح على الوجه أو الصدر أو الاطراف ويكثر ظهوره على فروة الرأس أو بجذور شعر اللحية ويقل جداً ظهوره بشعر الشوارب .

وعند ما تظهر البثور بحجم كبير جداً كحجم (ابو فروة) أو حجم قطعة الخمسة غروش يسمون الطفح **البثرية الزهرية** (ايكثيما سيفيليتيكا) وهنا تظهر البثور عادة منفردة ويقل ظهورها متجمعة،وتظهر عادة على الرأس والاطراف السفلى أى الساقين والفخذين . وتتربى للبثور قشرة كبيرة (كراستا) اذا ما نزعت فيظهر سطح البثرة مكشوفاً بلون أحمر قاتم أو نحاسى بنى والافراز الذى فوقه صديدى ولكن ليس بلون الصديد الأصفر العادى بل سائل بنى أو صديد رمادى . ويكون السطح المكشوف بشكل مستدير أو بشكل الكلاوى . وأحياناً يكون السطح نازلا قليلا عن سطح الجلد السليم ولكنه عند ما يتأكل بشدة يكون نازلا عن سطح الجلد كثيراً بشكل حفرة صغيرة ويأخذ شكل الصمغية الزهرية (جمًا) التى تظهر فى دور رجوع ظهور الاعراض وعندئذ يسمونها **البثرية الزهرية العميقة** (ايكثيما پروفاندم) . وعند ما تكون هذه البثرية على الرأس ويتم شفاؤها فلا

---

(١) وقد لاحظ بعضهم ظهور هذا الطفح فى حالات الزهرى المكتسب اىغير الوراثى. ولا اذكر انه يوجد فى كل مؤلفات الطب اكثر من خمس حالات ذكرها ايرمان . وباملوف . وريكور . وبرويلبان . ولايحضرني الان ذكر اسم صاحب الحالة الخامسة . وقد رأينا حالة كهذه بمستشفى الجامعة الملوكية ببرلين وانضح لنا اخيراً انه ولو ان المريض كان فى الخامسة والعشرين من عمره الا ان مرضه بالزهرى كان وراثياً ايضاً . ولكن ذلك لم يمنع اعتبار الطفح فى هذه الحالة كنوع نادر الظهور.

يظهر شعر مكانها ويحل مكانها صلع تام لتأكل جذور الشعر من عملية التقرح العميق فى البثرية .

(ب) زهرى البثور الصغيرة

تظهر البثور الصغيرة بحجم رأس الدبوس الصغير أو بحجم حبة الخردل ويكون لونها نحاسياً قاتماً أو احمراً بنياً وتظهر عند جذور الشعر أو عند فتحات الغدد الشحمية بالجلد . وتظهر البثور منفردة أو فى مجموعات ويندر ظهورها ملتصقة ببعضها ويسمون طفح البثور الصغيرة **الاكنة الزهرية** (اكنى سيفيليتيكا) ولا يوجد أى نوع آخر غير الاكنة لطفح البثور الصغيرة . ويظهر عادة على الجبهة وفروة الرأس والاطراف ويمكن ظهوره على أى جزء من الجسم وينتشر ببطء وأحياناً يقف نمو الطفح اسبوعين أو ثلاثة ويرجع للنمو والانتشار ويحصل غالباً ارتفاع فى درجة الحرارة عند عودة الطفح كل مرة للنمو ويستمر هكذا بضعة شهور فى نشاط وخمول ، واذا عمل العلاج اللازم يشفى المريض من الطفح ويترك الطفح مكانه نقطاً نحاسية أو رمادية .

وعلى العموم فان زهرى البثور بنوعيه يظهر عادة بعد سنة من تاريخ العدوى وربما يتأخر عن هذا الميعاد قليلا ويندر ظهوره قبل هذا الميعاد .[1] ولا يسبق ظهور زهرى البثور اعراض منذرة كثيرة كغيره من الأنواع ولكن يصحبه اعراض كثيرة كالتهاب الغدد الليمفاوية وتضخمها وتصلبها وتغييرات زهرية فى الخصيتين أو الأظافر أو العيون .

وعند ظهور البثور فى دور تعميم العدوى تكون منتشرة وكثيرة وأحياناً مجتمعة بعكس عند ظهورها فى دور رجوع ظهور الاعراض اذ تكون منفردة وعددها قليل . وتشفى البثور الزهرية عادة فى بضعة شهور اللهم الا اذا عمل العلاج اللازم فأنها تشفى أحياناً فى اسبوع أو اسبوعين .

---

(١) الا فى حالات الزهرى الخبيث (صحيفة ٩٤)

التشخيص — لا يلاقى الأطباء صعوبة فى تشخيص الطفح الزهرى البثرى لأنه يكون مصحوباً بباقى اعراض الزهرى التى تكون واضحة جداً عند ما تصحب هذا الطفح . فتظهر مثلا لطخ مخاطيــة على الفم واللسان ويوجد صلع أحياناً بالرأس والتهابات زهرية بقزحية العين واوجاع بالعظام . ويكون الطفح نفسه متعدد الاشكال اى تظهر مع البثور حليات كبيرة او وردية زهرية وحليات وهكذا . ولتشخيص الاكنة الزهرية من **الاكنة البسيطة** (اكنى فالجاريس) يلاحظ ان الاكنة البسيطة تكون بلون احمر وتظهر على الوجه والظهر غالباً بعكسها فى الزهرى ولا تكون مصحوبة بالأعراض الزهرية الاخرى . ويكون الطفح بشكل واحد اى غير متعدد الأشكال وليلاحظ القارىء ان وجود حليات او وردية او لطخ وحليات مع البثور مثلا يعتبر من العلامات القاطعة لتشخيص الطفح الزهرى . ونفس هذه المميزات تميز الاكنة الزهرية عن **الاكنة الجدرية** (اكنى ڤاريوليفورميس) التى تظهر فى لونها وشكلها كشكل البثور الزهرية وتكون متقيحة وكبيرة فى حجمها عن البثور الزهرية .

(٤) الطفح الزهرى العقدى (سيفيليس نودوزا . تيوبيرص سيفيليس)

الصمغية الزهرية (جما)

لا يظهر هذا الطفح عادة الا فى دور رجوع الاعراض ولو انه يظهر كطفح اولى فى الزهرى الخبيث (سيفيليس ماليجنا) ولذا نرجيء الكلام عليه الى باب دور رجوع الأعراض

(٥) الزهرى المصبوغ

(بيجمينتيد سيفيليس)

تظهر بعض التغييرات فى لون الجلد احياناً نتيجة الزهرى وتنحصر هذه التغييرات فى نقص كبير فى المواد الملونة للجلد (بيجمينت اتروفى) فتنتج بقع لونها (باهت)

ابيض ، بياضها ظاهر محسوس حتى فى اصحاب البشرة البيضاء ، و يسمى الطفح حينئذ **زهرى البقع البيضاء** (ليوكوديرما سيفيليكا) .[١] وفى ازدياد المواد الملونة للجلد (بيجمينت هيبرتروفى) فتنتج بقع لونها (غامق) قاتم بشكل محسوس و يسمى الطفح حينئذ زهرى البقع القاتمة او الزهرى المصبوغ (بيجمينتيد سيفيليس) .

(١) زهرى البقع البيضاء

يظهر هذا الطفح بشكل بقع صغيرة بحجم حبة العدس أو رأس الدبوس لونها أبيض فاتح عن لون الجلد المحيط بها وتنتشر منفردة بعيدة عن بعضها فى اشكال غير منتظمة وتكون البقع مستديرة أو بيضاوية وتظهر نادراً بشكل مثلثات صغيرة غير منتظمة ويكثر ظهورها على العنق حيث تتسع البقع وتلتحم ببعضها وتمتد حول العنق كله بشكل (عقد اللؤلؤ) المركب من صفوف كثيرة ويكون عرض العقد ٣ الى ٨ سنتيمترات فوق العنق ويسميه بعضهم عقد الهة الحب (كوليه دى ڤينيس) . وأحيانًا ينتشر الطفح على اجزاء الجسم الاخرى وتتسع البقع بحجم المليم ويصير الجلد بلون الرخام مبقعاً . ويصل حجم البقع الى قطعة الخمسة قروش وتلتحم فيتكون منها مساحات واسعة أحيانًا . ولوحظ[٢] ان هذا الطفح يندر ظهوره على الاعضاء التناسلية. ولكننى رأيت هنا حالتين واحدة ظهرت فيهما لطخ على قضيب عمدة من القرى وأخرى انتشر فيها الطفح خارج الشفرين الكبيرين لسيدة ، وامتد على الفخذين وأسفل البطن . وعالجت الحالتين فاختفى البياض تماماً فى الحالة الثانية وتحسن قليلا فى الحالة الأولى

---

(١) وعند ما يظهر على اى جزء من اجزاء الجسم به شعر يتساقط الشعر ولا يعود للظهور عادة (هاسلوند . فينجر)

ولا حظ (براند فينر) ظهور زهرى البقع البيضاء مع الصلع الزهرى (الوبيشياسيفيليتيكا) فى الرجال

(٢) لويف

ولوحظ[1] ان هذا الطفح يظهر بكثرة على النساء ويندر ظهوره على الرجال[2] ولم يظهر زهرى البقع البيضاء على مرضى الزهرى الوراثى[3] ويظهر زهرى البقع البيضاء بعد مرور خمسة الى سبعة شهور من تاريخ العدوى ولو أنه يظهر أحيانا بعد مرور سنة أو سنتين وعلى ذلك فهو طفح يظهر فى دور تعميم العدوى ولكنه يظهر أحيانا فى دور رجوع الاعراض[4] اذ يظهر على بعض المرضى بعد مرور ٤ الى ٦ سنوات من تاريخ العدوى

ويظن بعض العلماء ان زهرى البقع البيضاء يظهر أحيانا مكان طفح لطخي زهرى (ماكيولار سيفليس) ولكنه لا يظهر مكان زهرى الحلمات (بابيولار سيفيليس[5]) . ويعتقد ماكس جوزيف ان زهرى البقع البيضاء يظهر أحيانا على جلد يكون ظهر عليه طفح زهرى آخر من قبل ، أو يظهر على جلد لم يظهر عليه أى طفح من قبل .

ويعتبر هذا الطفح علامة قوية من علامات الزهرى ولا توجد صعوبة فى تشخيصه من البقع البيضاء التى تظهر فى أمراض الجلد الأخرى ، فمثلا توجد بقع بيضاء أيضا فى بعض حالات الصدفية البسيطة المزمنة يسمونها **البقع البيضاء للصدفية** (ليوكوديرما بسورياتيكوم) ولكنها تختلف عن طفح الزهرى بوجود باقى علامات الصدفية البسيطة (راجع صحيفة ٩٣) الاخرى . وتتميز البقع البيضاء الزهرية عن البقع البيضاء التى ترى فى بعض حالات (بترياسيس فيرسيكالور) بوجود قشور

---

(١) لاحظ « براند فينر » ظهور الطفح على ٣٨٥ امرأة و ٣٦ من الرجال . ولاحظ « نيسر » ظهور الطفح على ٤٥ فى المائة من النساء المريضات بالزهرى وعلى ٤ فى المائة من الرجال المرضى

(٢) لاحظ « نيسر » أن اكثر الرجال الذين يظهر عليهم هذا الطفح يكونون من الحدادين والخبازين او ممن يشتغلون بالنار الحادة .

(٣) ولو ان « زميرنوف » نشر حالتين من هذا النوع بالزهرى الوراثى الا أنه يشك فى صحة التشخيص الذى ذكره .

(٤) لاحظ « براندفينر » ظهور صمغية زهرية على ٧ نساء ورجلين من ٤٢١ مريضا فى نفس الوقت الذى ظهر فيه زهرى البقع البيضاء عليهم

(٥) « براند بينر » .



(رسم نمرة ٣٤)

زهرى البقع البيضاء على عنق سيدة فى العشرين من عمرها ظهر على عنقها ولم يكن ظهر عليه قبل ذلك اى طفح زهرى آخر (ماكس جوزيف) .

صغيرة على سطح البقع الأخيرة ولا يكون لون البقع ابيضاً تماماً فى كل البقعة بل يوجد وسط البقعة بعض احمرار بسيط ،وبفحص عينة من سطح الطفح يوجد (ميكروسبورون فورفور) - راجع صحيفة ٨٦).

وعلى العموم يجب مراعاة باقى أعراض وعلامات الزهرى عند تشخيص اى حالة.

(ب) زهرى البقع القاتمة او الزهرى المصبوغ

تظهر بقع قاتمة أوسوداء تقريباً وتكون بحجم القرش الصاغ أوقطعة الخمسة قروش أو الريال وتكون منتظمة فى شكلها أى مستديرة أو بيضاوية وأحياناً تكون غيرمنتظمة، ولا تكون خارجة عن سطح الجلد ، وتظهر عادة مكان الصمغيات الزهرية ويكون سطحها حينئذ نحاسياً أسوداً لامعاً ، وتظهر على الاطراف وتعتبر فى أغلب الاحيان علامة قاطعة للزهرى اذ لا يوجد مرض جلدى آخر تتسبب عنه بقع كهذه غير الزهرى. ومما تقدم يفهم القارىء ان هذه البقع تظهر فى دور رجوع ظهور الأعراض . ولكن يوجد نوع من البقع القاتمة يظهر فى دور تعميم العدوى،وينقسم هذا النوع الى قسمين:-

قسم تظهر فيه البقع مكان طفح زهرى آخر يكون سبق ظهوره ، وقسم تظهر فيه البقع هكذا من أول الامر وبدون أن يكون سبقها طفح آخر . ويعتبر ظهور طفح الزهرى المصبوغ فى اول أدوار المرض من أحسن العلامات المشخصة للزهرى.[1]

ولا توجد اى صعوبة فى تشخيص هذا الطفح اذا لوحظ لونه القاتم جداً او الاسود تقريباً . وليلاحظ القارىء أن زهرى البقع القاتمة لا يظهر جيداً فى كثير من سكان القطر المصرى كزهرى البقع البيضاء لان لون جلد المرضى نفسه قاتم ، ولكنه يظهر جيداً على جلد السيدات (غير فلاحات المزارع) وكل من كان لون جلدهم ابيضاً أو غير قاتم .

ولوحظ أن البقع القاتمة تشفى بسرعة اكثر من زهرى البقع البيضاء بعد عمل العلاج اللازم .

زهرى الشعر والاظافر

(ا) الصلع الزهرى (الوبيشيا سيفيليتيكا)

لاحظ فورنييه أن الشعر يتساقط فى حالات كثيرة خصوصاً عند السيدات فى المدة التى تسبق دور تعميم العدوى اى مدة ظهور الاعراض المنذرة وفى نفس دور تعميم العدوى ، ولم يلاحظ أى تغيير يذكر فى نفس جلد الرأس يمكن أن نعلل به تساقط الشعر بهـذا الشكل . وبعد ذلك علل (جيوفانينى) تساقط الشعر بوجود افراز من الكريات البيضاء (ليوكوسيت ايكسيوديشن) محيط بخارج الأوعية (پيريڤاسكيولار) نتيجة الالتهاب الزهرى وينتج عن هذا الافراز انحباس التغذية عن النصف الاسفل لجراب الشعرة فتبتدىء تضمحل وتسقط . ويظن بعضهم أن نفس الشعرة تفقد جزءاً كبيراً من صلابتها ولونها اللامع الجميل وتضمحل وتسقط . ولوحظ أن ذلك يحصل عند المرضى الذين يصابون بنوع من مرض القشور (سيبوريا) او طفح زهرى فى جلد الرأس، لطخى كان او حليمى او بثرى ، يتسبب عنه سقوط الشعر

(١) تيلور .

خصوصاً فى نوعى الاكنة الزهرية والبثرة الزهرية العميقة (راجع صحيفتى ١٠٨ و١٠٩) . حيث لا تمكن عودة ظهور الشعر حتى بعد العلاج .

ويتساقط شعر الرأس فى كل أجزائها بدون تمييز ولكن يحصل أحياناً أن يتساقط الشعر فى النصف الامامى للرأس فبعد ان كان كثيفاً يصير قليلا ولا تلاحظ أى مساحة ظاهرة خالية من الشعر تماماً ويسمى هذا شبه صلع أو **صلع كاذب** (پسودو الوبيشيا) ، ويحصل مثل هذا الصلع الكاذب فى حالات الافراط التناسلى الزائد أو عقب استعمال بعض العادات السرية عند الشبان والشابات – راجع « كتاب الضعف التناسلى » للدكتور فخرى – ويشفى هذا النوع بعد عمل العلاج الزهرى اللازم ويستحسن فى نفس الوقت استعمال علاج موضعى كما سيجىء الكلام فى باب العلاج

ويوجد نوع آخر يحصل فيه صلع غير تام أى صلع جزئى أو **صلع المنطقة** (الوپيشيا ارياتا) إذ يسقط الشعر فى مساحة من الرأس صغيرة أو كبيرة حسب انتشار المرض ويكثر هذا فى الجزء الخلفى للرأس أو على جانبى الرأس . ولوحظ [١] ان النوع الثانى يتأخر فى ظهوره عن النوع الأول إذ يظهر احياناً بعد ٤ الى ٦ شهور من تاريخ العدوى حالة كون النوع الأول يظهر احياناً مبكراً جداً أى بعد مرور ٧ الى ١٠ أسابيع . وعلى العموم يظهر تساقط الشعر فى بحر السنة الأولى بعد العدوى ، ولا يتأخر [٢] فى ظهوره عن سنة ونصف .

ويتساقط الشعر فى مواضع مختلفة غير الرأس عند الأشخاص المصابين بالزهرى وبضعف عام فى قواهم (مارازمص) نتيجة الاكثار من تعاطى الكحوليات أو نتيجة الافراط التناسلى أو امراض أخرى كفقر الدم الشديد أو السل . . . الخ فيسقط شعر حواجب العيون ورموشها وشعر الشوارب واللحية وشعر تحت الابط وشعر العانه .

ولوحظ حصول ذلك بكثرة فى حالات الزهرى الخبيث فيسقط الشعر ويظهر طفح زهرى البثور فى نفس الوقت .

---

(١) فينجر (٢) نويمان . زيجسموند

وقد لاحظت فى اكثر من ٣٢ حالة زهرى نسائى نوعاً من أمراض الشعر النادرة ولم يذكره المؤلفون قبل الآن وهو ان الشعر فى حالات الشانكر التناسلى عند بعض النساء هنا يبتدىء يفقد جزءاً من لمعانه (ويتقصف) وتنشق اطراف الشعر الى فرعين أو ثلاثة ويبتدىء الشعر يتناقص فى طوله فى بعض الحالات بسرعة غريبة مزعجة ، وتتساقط شعرات متوالية ولكن بنسبة واحدة فى سطح الرأس فلا يلاحظ صلع المنطقة بل توجد عدة مناطق بشكل دوائر صغيرة قطرها لا يتجاوز ٥ الى ٧ ملليمتراً خالية من الشعر ومتباعدة عن بعضها بقدر سنتيمتر واحـد . ولا يسع مؤلفنا هذا الأوصاف الهيستولوجية لهذا المرض [1] . وفى حالتين من الحالات السابقة استشرت لمعالجة الشعر المتساقط فقط ولم تكن السيدتان قد لاحظتا القرحة الزهرية التى عندهما ولكن شكل الشعر استلفت نظرى لتشخيص الزهرى خصوصاً وانى كنت لاحظت ذلك فى ١٠ حالات سابقة فبحثت عن الشانكر فوجدته فى الحالتين . وقد وجدت بعد ٥ او ٦ تجارب ان استعمال علاج موضعى [2] مع استعمال علاج الزهرى العمومى اتى بفائدة عظيمة اذ امتنع تساقط الشعر بعد ١٠ أيام من العلاج وابتدأ الشعر ينمو حيثما سقط بعد مضى ثلاثة شهور فقط . وقد زارتنى سيدة شابة بعد مرور ٧ شهور من انتهاء علاجها فوجدت شعرها طويلا وكثيفاً ولامعاً كما كان قبل المرض .

(٢) زهرى الاظافر

(١) الداحس الزهرى

الداحس الزهرى (اونيكا سيفيليتيكا) هو التهاب الأظافر الزهرى وينقسم الى نوعين . التهاب الظفر والتهاب فراش الظفر . فالتهاب الظفر يبتـدىء بظهور تغييرات فى لون وتشكل الظفر الذى يبتدىء يفقد لونه اللامع الوردى فيصير

(١) سينشر المؤلف تفاصيل ملاحظته هـذا النوع الجديد من مرض الشعر عند ما يتم مباحثة الهيستولوجية فيه .

(٢) راجع باب العلاج ، ووجدت ان استخدام الاشعة الفوق البنفسجية مفيد فى هذه الحالات .



(رسم نمرة ٣٥)

(١) داحس زهری

(٢) التهاب بلحى زهرى وراثى (دا كتيليتيس سيفيليتيكا كونجينيتاليس) وسماه هوخزينجر التهاب السلامية الزهرى الوراثى (فالانجتيس سيفيلتيكا كونجينيتاليس) وهو يظهر غالباً فى سنى الحياة الأولى للاطفال المصابين بالزهرى الوراثى (نقلا عن يفارد).

اصفراً رمادياً حتى يصل فى بعض الحالات الى لون بنى اسود و يصير (ناشفاً) يتكسر ويحصل فيه تشقق يكون غالباً ممتداً على طول الظفر كخطوط متوازية وتظهر هذه الصورة غالباً فى النصف الأول لدور تعميم العدوى . وأحياناً يظهر الالتهاب بشكل حاد جداً فيصير النصف الخلفى للاظافر خشناً ومشققاً ولونه قاتماً مع ان النصف الامامى يكون حافظاً للونه اللامع . وتصير الأظافر سميكة وترى كأنها متضخمة وصلبة وكأنما يوجد ورم أو أورام صغيرة فى جسم الظفر . ولوحظ اجتماع النوعين ، الالتهاب الخفيف والالتهاب الشديد ، مع التهاب فراش الأظافر فى بعض الحالات [1] فتظهر الأظافر بشكل اسود خشن متأ كل . و يبتدىء التهاب فراش

---

(١) هيفيلدر - فيرر

الظفر بتغير لون النصف الامامى للظفر الى لون أصفر الى اصفر قاتم، الى اصفر بنى مع بقاء النصف الخلفى بلونه الطبيعى ، ويرى خط فاصل بين نصف الظفر الامامى المريض ونصفه الخلفى السليم . ويبتدىء النصف الامامى ينفصل عن فراش الظفر بوجود غازات هوائية بينهما ، ويبتدىء يتآكل فيسقط ويرى النصف الخلفى باقياً بشكله السليم .الا انه لوحظ بعض تضخم قليل فى سمك الظفر الباقى[1]. وتشفى أنواع الداحس الزهرى بسهولة بعد عمل العلاج اللازم وتسقط اجزاء الأظافر الباقية وينمو مكانها أظافر سليمة ولكن ببطء . الا انه فى الحالات التى تكون ازمنت وطال فيها مرض الأظافر تنمو أظافر سليمة مكانها بعد العلاج ولكنها تكون عادة قصيرة جداً

ولا توجد أى مشقة فى تشخيص الداحس الزهرى لأنه يكون عادة مصحوباً باعراض الزهرى الأخرى خصوصاً وجود الصدفيـة الزهرية اليدوية والقدمية (راجع صحيفة ١٠٤). ولوحظ ان ظهوره يكثر على أصابع الأيدى أكثر من اصابع القدم . ولا يشبه فى شكله الا شكل الأظافر التى تصاب بالمرض فى الحزاز الياقوتى والاكزيما والصدفية البسيطة عند ما تكون جميعها مزمنة إذ لا تتأثر الأظافر فى أكثر هذه الأمراض الجلدية الا اذا أزمنت . ولكن التشخيص يسهل اذا لوحظت باقى اعراض هذه الامراض [2]

وقد قسم (ادامسون وماك دوناخ) [3] الداحس الزهرى الى ثلاثة أنواع

(ا) نوع تصير فيه الاظافر (ناشفة) وتتكسر بسهولة فتتشقق الاطراف الخارجية للاظافر ويصير شكلها كحافة المنشار . ويكثر هذا فى اظافر الايدى . وقد لاحظ فورنييه مثل هذه الحالات وهو يظن انها تظهر بكثرة عند النساء واعطاها فورنييه اسم (اونيكسيس كراكيليه)

---

(١) اونا

(٢) ننصح القارىء بمراجعة بعض المؤلفات عن زهرى الأظافر ليدرس فيها باتولوجيا المرض جيداً وأهمها مؤلفات كوهن واونا وكابوسى . ويوجد للعلامة هيللير مؤلف ثمين جداً فى امراض الأظافر اسمه

Die Krankheiten der Nägel von Heller, Berlin 1900.

(٣) Brit Journ. of Dermat., 1911, xxiii., 68.

(ب) نوع تظهر فيه بقع بيضاء على سطح الاظافر فينخفض سطح الظفر تحت كل نقطة وتظهر مكان هذه النقط حفر صغيرة منتظمة فى صفوف مستقيمة من أسفل الظفر الى طرفه الامامى وتترك هذه النقط البيضاء سطحاً خشناً احمراً او اسوداً مكانها .

(ج) ونوع ثالث ينفصل فيه الظفر انفصالا تاماً او جزئياً عن فراش الظفر وبدون أن يكون مصحوباً بألم قط وبعد ذلك ينمو مكانه ظفر آخر سليم أو من النوع الاول . وقد لاحظ مثل هذا النوع باتى وسابورو وفورنييه .

وأحياناً يظهر نوع هو عبارة عن مزيج من نوع (ا) و (ب) . ولاحظ ماك دوناغ ان هذه الانواع لا تشفى جيداً بعد العلاج ، اى انها لا تسترجع شكلها الجميل ابداً .

(ب) خارج الداحس الزهرى (بارونيكيا سيفيليتيكا)

يظهر هذا المرض نتيجة تقرح الحلميات أو البثور او الصمغيات الزهرية التى تظهر حول الأظافر أو على فراش الأظافر ويبتدىء بظهور تورم بسيط مع احمرار ازرق حول الأظافر ، ويبتدىء هذا التورم يكبر ويتقرح أحياناً . ويكون المرض مصحوباً بألم شديد فى بعض الحالات وبألم خفيف فى البعض الآخر . ويكثر ظهور الورم فى أسفل الظفر وحوله حيث يكثر التقرح ، ولكن يصاب أحياناً فراش الظفر بهذا الورم فينفصل الظفر كله . وأحياناً يصاب نفس الظفر بالتهاب تقرحى فيتغير لونه ويتضخم ويصير الظفر رخواً رطباً ويتآكل جزء منه أو كله ، وأحياناً يصاب المريض بالتهاب ليمفاوى[1] بالأصابع نتيجة هذا المرض فيصير الذراع احمراً ملتهباً متورماً

ويظهر المرض على أصابع الأيدى أو الأقدام ولوحظ ان التقرح يبتدىء عقب اصابة خفيفة من حادثة لأصابع الايدى او الاقدام ، ويكثر ظهور المرض على الأقدام لأنها تتعرض كثيراً لضغط الحذاء (الجزمه) فى حالات بعض من يستعملون احذية ضيقة صغيرة .

ويظهر المرض عادة فى دور تعميم العدوى ولكنه يظهر متأخراً فى هذا الدور ، اذ يظهر بعد مرور ٦ اشهر الى سنة ونصف من تاريخ العدوى

---

(٢) تيلور

ولوحظ ظهور هذا المرض فى بعض حالات الزهرى الوراثى عند بعض الأطفال وتكون حالة أمثال هؤلاء الأطفال خطرة وقد تنتهى بالموت رغماً عن العلاج .

وقد يشفى هذا المرض بعد علاج موضعى وبعد العلاج العام للزهرى ، ولكن ذلك يستدعى مرور بضعة شهور أو سنة أو اكثر . وفى كثير من هذه الحالات وجدت ميكروبات سبيروشيتا باليدا فى التقرحات الزهرية التى حول الظفر ، واستلفت نظرى لذلك ما كتبه (كاين . وارنينج) فى هذا الموضوع لأنهما أول من لاحظ وجود هذا الميكروب فى هذه التقرحات .

ويعطى العلماء أسماء كثيرة لأنواع مختلفة من زهرى الأظافر ، منها الداحس الزهرى الجاف – الناشف – (اونيكياسيكا سيفيليتيكا) وغيره ، وكنت أحب أن اطيل شرح زهرى الأظافر لأنه موضوع واسع جداً ولكنى اكتفى بما تقدم تاركا التفاصيل للمؤلف الآخر .

والآن وقد انتهينا من زهرى الجلد فى دور تعميم العدوى أرى أن أتكلم عن باقى تطورات المرض فى أعضاء الجسم الأخرى باجمال لأن هذا المؤلف لا يسع تفاصيل الزهرى فى مختلف الأجهزة . وقد أطلت الشرح فى زهرى الجلد لأن الأعراض الجلدية هى أهم الاعراض التى تظهر للطبيب عادة عند تشخيص أى حالة وأما أعراض الأعضاء الأخرى فلا يحتاج لمعرفتها غير الأخصائيين وسنكتبها تفصيلياً فى مؤلفنا الآخر كما جاء فى المقدمة . الا اننى أرى نفسى مضطراً لشرح زهرى الفم شرحاً مفصلا بعض التفصيل لأهمية الأعراض التى تظهر داخل الفم من وجهة التشخيص والعلاج .

زهرى الفم

يكتفى المؤلف هنا بذكر أهم النقط التى يحتاج لمعرفتها الاطباء عادة فى التشخيص الزهرى لأن شرح زهرى الفم بشكل واف لا يسمح به حجم هذا الكتاب لما يحوى هذا الموضوع من مباحث واسعة وملاحظات كثير من العلماء وتعدد آرائهم

ونظرياتهم وليلاحظ القارىء اننا سنجتهد أن نختصر هذا الباب ولكننا سنوفيه بقدر الامكان لعلاقته المباشرة بطرق التشخيص فى الحالات الاعتيادية . ويعلم القارىء ان داخل الفم مفروش بسطح مخاطى (ميوكص ميمبرن) وتصاب السطوح المخاطية بتغييرات زهرية نشبه التغييرات التى تصيب الجلد نفسه ولكن توجد طبعاً فوارق قليلة بقدر الفرق بين تركيب الجلد وتركيب السطوح المخاطية فتصاب السطوح المخاطية بالطفح الزهرى اللطخى كالجلد ولكن اللطخ هنا لا تكون منفردة عن بعضها بل تكون متقاربة وأحياناً مختلطة فترى اللطخة متسعة وغير منتظمة فى شكلها كما هى فى الجلد .

وتظهر على السطوح المخاطية لطع مخاطية (ميوكص باتشيز) وهى فى الحقيقة طفح حليمى فى تركيبها ولكنه لوجوده على سطح مخاطى يتطور فتظهر اللطع المخاطية بشكل لطع صغيرة بحجم حبة العدس أو الحمص الأبيض غير مرتفعة كثيراً عن السطوح المخاطية وسطحها رطب غير جاف ناعم كالقطيفة ويكون لونه أولا عند ظهورها أحمرا ويتغير فيصير ورديا فأبيضا ويتحول عند ما يزمن الى أصفر أو أصفر وسخ رمادى ويكون السطح ابتدأ يتأكل فترى شبه حفرة صغيرة فى وسط اللطع وأحياناً تختلط اللطع ببعضها بعد اتساعها فيصير حجم اللطعة كحجم (ابو فروة) أو حجم قطعة الخمسة قروش . وعندما تتقدم اللطع فى المرض يبتدىء سطح اللطع يتأكل كما قلنا فتظهر داخل الفم مساحات صغيرة متأكلة سطحها أحمر عليه افراز مصلي أو مصلي دموى ولوحظ أن هذه المساحات المتأكلة تكون معدية جداً ويمكن أخذ عينة من سطحها توجد فيها فى كثير من الأحوال سبيروشيتا باليدا وعندما تزمن هذه المساحات المتأكلة تتحول عادة الى أورام ثؤلولية صغيرة (راجع صحيفة ٩٦) أو تصير قرحاً مزمنة حافتها ظاهرة بارزة قليلا عن السطح المخاطى الموجودة عليه وهكذا تتغير طبقاً للقواعد الباتولوجية المعتادة

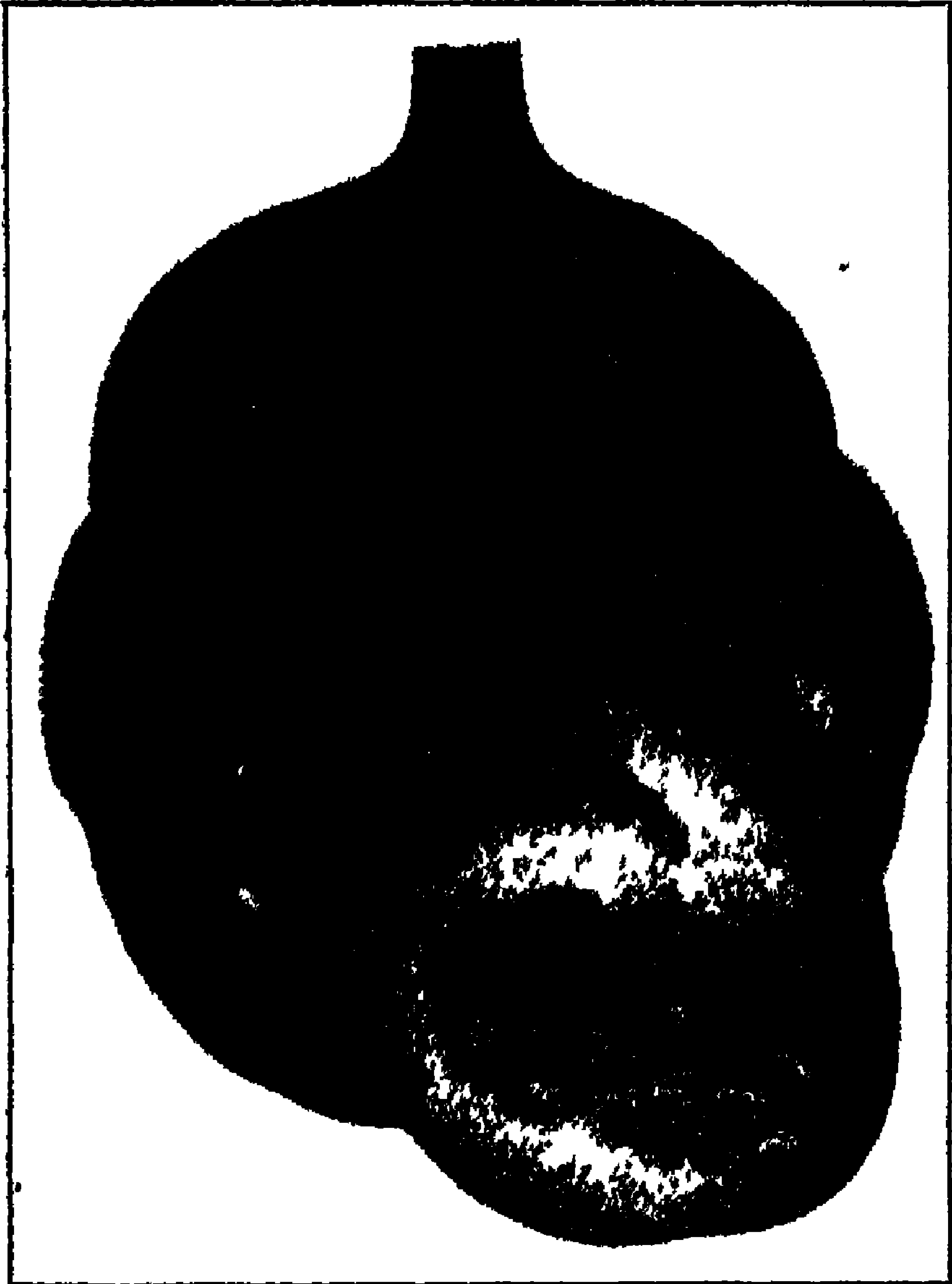
وتظهر على السطوح المخاطية صمغيات زهرية ولكنها تظهر فى رجوع ظهور الاعراض ايضاً ولذا سيأتى الكلام عليها فى هذا الدور (راجع مؤقتا رسم نمرة ٣٦ صحيفة ١٢٣)

وبعد هذه المقدمة البسيطة نرى أن نتكلم على زهرى الفم . فيصاب الفم بالعدوى الزهرية كباقى اجزاء الجسم وفى الواقع تظهر القرحه الزهرية بالفم أكثر من أى جزء آخر من الجسم بعد الأعضاء التناسلية وذلك لتعدد طرق العدوى هناك . وأهم اسباب العدوى هى القبلة أو العادات الأخرى التى يتبعها كثير من الناس من امتصاص الشفتين أو اللسان أو (عض الشفتين) فتظهر القرح على الشفتين وا كثرها على الشفة السفلى وذلك لموقعها عند التقبيل أو العادات الأخرى . وتظهر القرحة على الشفتين من استعمال الأدوات المنزلية للأكل والشرب وتظهر من استعمال الشيشة خصوصاً عند خدم القهاوى الذين يجربون الشيشة كثيراً قبل تقديمها (للزباين) وفى أوروبا عند طبقة (نافخى الزجاج) وتظهر قرح زهرية على داخل (الخدين) أو اللسان غالباً (راجع الرسم نمرة ٢٧ فى القطاع الأول صحيفة ٩٧) أو على اللوزتين من استعمال العادات الافرنسية من تقبيل فرج المرأة أو امتصاصه أو عمل نفس هذا العمل لقضيب الرجل . ولوحظ [١] ظهور قرح زهرية بفم بعض الأطباء المولدين من عملية امتصاص المواد الموجودة فى فم الأطفال عند الولادة ويكون بعض الاطفال عادة مصاباً بالزهرى الوراثى فتنتقل العدوى لداخل فم الطبيب . ولوحظ انتشار وباء القرح الزهرية فى بعض القرى من استخدام (مرضعة) واحدة لعدة أطفال فينتقل بواسطتها المرض الى فم اطفال كثيرين .

وتوجد فوارق فى شكل الشانكر الذى يظهر على الشفتين أو اللسان أو اللوزتين ولكنها فوارق بسيطة إذ يظهر الشانكر على أى نقطة فى الشفتين ويكثر ظهوره فى وسط الشفة أو على جانبى وسطها ويظهر عادة كقرحة واحدة ولكن يظهر احياناً متعدداً وقد يظهر الشانكر على الشفة وفى نفس الوقت يكون ظهر شانكر على الأعضاء التناسلية وذلك لحصول العدوى فى وقت واحد نتيجة العلاقات الشهوانية المزدوجة من قبلة وجماع . ولوحظ [٢] ظهور قرح على الشفة واللسان والأعضاء التناسلية معاً وقد رأيت عند فتاة فى السابعة عشر من عمرها قرحاً زهرية اولية على العين والشفة

---

(١) برع (٢) بوردز



(رسم نمرة ٣٦)

الصمغيـــة الزهرية باللسان

Glossitis Gommatosa

صمغية ظهرت على اللسان لمدة ثلاثة شهور وهى عبارة عن علامة من علامات رجوع ظهور الأعراض لأنها ظهرت بعد مضى خمس سنوات من أعراض الزهرى الأولية ، وترى التقرحات على سطح الصمغية فى النصف الداخلى للسان وفى وسطه وفى نصفه الخارجي،وترى اللسان متضخما لأن الصمغية ممتدة من سطحه الاعلى للاسفل (مراسيك)

العليا وحلمة الثدي ولم يكن عندها قرحة على الأعضاء التناسليــة ونتج ذلك من تعرضها لقبلات شديدة من رجل بفمه لطع مخاطية حديثة .

وتكون القرحة التى بالفم مصحوبة باحمرار بسيط حولها واذا كانت على الشفة فتكون الشفة متورمة قليلا بقرب الشانكر ولا تظهر القرحة على اللسان الا على طرفه الامامى عادة ولو انها تظهر احيانًا فى وسط اللسان — راجع رسم نمرة ٢٧ — أو على حافتيه . ولما تظهر على اللوزتين تظهر عادة على واحدة منهما ويتسبب عنها قليل من الاحتقان ويشعر المريض بتهيج بسيط فى (زوره) خصوصاً عند التدخين أو عند شرب أى شيء ساخن أو بارد . وتتورم الغدد الليمفاوية التى لها ارتباط بمنطقة الفم وهى الغدد تحت الفكية (صب ماكزيلارى) والغدد العنقيــة (سير فيكال) والغدد المؤخرية للرأس (اوكسيبيتال) والغدد الصدغية (تيمپورال) وتصير هذه الغدد متورمة صلبة . ولوحظ ان ظهور الغدد تحت الفكية بشكل الغدد الزهرية من أحسن العلامات التى تساعد على تشخيص زهرى الفم خصوصاً وانها عند ما تكبر فى هذه الحالات تعطى الوجه شكلا مخصوصاً بتورمها على الجهة الموجودة بها القرحة

ويندر ظهور القرحة الزهرية على اللثة ولكنها تظهر هناك احيانًا من العدوى بآلات أطباء الأسنان (راجع صحيفة ٣١)[1] .

ويندر حداً ظهور الشانكر على داخل الصدغ ولو ان (ريتتر) لاحظ ظهور مثل هذه القرحة نتيجة العدوى بآلات أطباء الاسنان أيضاً .

ويلاقى الأطباء أحيانًا مشقة فى تشخيص القرحة الزهرية بالفم خصوصاً للتمييز بينها وبين **سرطانه الفم** ويجب فى مثل هذه الحالات فحص الحالة جيداً وعمل عينة من القرحة لترى بها سبيروشيتا واذا لم توجد فيفحص المريض لمعرفة وجود باقى أعراض الزهرى وتعمل له (ع . ف .)

وعلى العموم فان الطبيب يوجه نظره دائماً الاعتقاد ان الحالة حالة زهرية حتى

---

(١) لاحظ فيرير ٧ حالات قرحة زهرية أولية على اللثة ولاحظ شيفر ظهور قرحتين واحدة على اللثة العليا بين السنتين الاماميتين والاخرى على الحنك الصلب (هارد بالات)

يثبت عكس ذلك . أى انه يعطى المريض نصيحة طيبة اذا أفهم المريض الحاجة الشديدة لعمل علاج للزهرى . ولا يجوز لأى سبب من الاسباب السماح لمريض بقرحة يظن أى طبيب فى العالم أنها سرطان باللسان أو على الشفة بعمل عملية جراحية قبل استعمال علاج الزهرى اذ ثبت بالاختبار الطويل (١) ان كثيراً من هذه القرح التى يظن أنها سرطانية خبيثة لم تكن الا قرحاً زهرية عنيدة . وحرام والف مرة حرام تعريض أى مريض لعملية كعملية السرطان المنسعة الهائلة قبل اعطائه فرصة الشفاء بعلاج الزهرى اذ ربما تكون قرحته زهرية رغماً عن كل المظاهر الخارجية التى تجعل أشهر الجراحين أحيانا يقدمون على تشخيصها كحالة سرطان. ولا يخسر المريض شيئا من عمل علاج الزهرى حتى اذا كان مرضه سرطاناً اذ كثيراً ما يكون عنده سرطان وزهرى معاً واذ لم يظهر تحسن سريع تحت علاج الزهرى فيعمل فحص باتولوجى للسرطان .

ولا توجد مشقة فى تمييز الشانكر بالفم من الهربيز المختلف الاشكال أو من تسلخات نتيجة أصابة بآلات راضة أو بسقوط على قطعة حجر على الارض أو لكمه (بوكس) على الشفتين الى آخره

وعلى العموم يجب ملاحظة القواعد السابق ذكرها جميعها فى تشخيص حالات الشانكر. وتظهر اللطع المخاطية بالفم على الشفتين أو اللسان أو اللوزتين أو داخل الصدغ فى دور تعميم العدوى مع ظهور الوردية الزهرية عادة وأحياناً تتأخر عن ذلك قليلا أو تسبق الوردية بوقت قصير وأحياناً تتضخم هذه اللطع المخاطية خصوصاً عند ظهورها على لسان بعض الرجال الذين يدخنون كثيراً أو يمضغون الدخان أو يشربون الكحوليات بكثرة ولوحظت بكثرة عند المغنيين والخطباء الذين يصابون بالزهرى (راجع رسم نمرة ٢٤ حرف ٢)

وعندما توجد مهيجات كثيرة كهذه لا يقف تضخم اللطع المخاطية التى على اللسان عند هذا الحد بل يتعداه الى سعى اللطع بواسطة هذا التهييج المستمر لتكوين طبقة

---

(١) هوفمان . كابوسى . فينجر . ريتتر . جيربويك . فيرشو . مالدوماخ . ماكس جوزيف وغيرهم .

قرنية (ستراتم كورنيوم) كالطبقة القرنية الموجودة على سطح الجلد وعندئذ تسمى **اللطع القرنية المزمنة** (ليوكو پلاكيا) و يعتبر كثيرون هذه اللطع علامة مميزة للزهرى .

وكثيراً ما تنتهى هـذه اللطع بأن يصاب اللسان المصاب بها بمرض خبيث كالسرطان .[١]

ولما تظهر اللطع المخاطية على الشفتين عند زاويتى الفم تكون بشكل متقرح سحجى (راجيديك باتشيز) .

وأحياناً تظهر اللطع المخاطية على الشفتين أو اللسان بشكل لطع بيضاء لبنية يعطونها اسم اللطع النصف شفافة (پلاك أو بالين) بالالمانية أو (أو پاليسنت باتشيز) بالانجليزية و يندر ذكرها فى المؤلفات الانجليزية. وتمتد هذه اللطع بشكل ثعبانى وتتسع وتتضخم أطرافها وتشفى من وسطها و يكثر ظهور هذا النوع من اللطع فى الحالات التى يظهر فيها طفح زهرى بثرى وأحسن وصف لسطح هذه اللطع هو الوصف الذى أعطاها اياه ماكس جوزيف اذ قال « و يكون لونها لبنياً أبيضاً كما يحصل عند ما غمس سطحاً مخاطياً بحجر سلفات النحاس مساً خفيفاً » .

وأحياناً يكون مع اللطع المخاطية لطع وقرح متآكلة [٢] لونها احمر وغير بارزة عن السطح المخاطى للفم وتظهر كأنما انتزعت طبقة رقيقة من سطحها بواسطة (موس حاد) .

وعلى العموم ولو أن اللطع المخاطية تظهر عادة فى دور تعميم العدوى الا انهـا مغرمة بالرجوع للظهور (ر يكارنس) و يكثر ظهورها عند الرجال وقليل ظهورها عند النساء وتعليل ذلك أنها تظهر نتيجة تهييج سطح داخل الفم المخاطى باستعمال التدخين او الخمور او باهمال الاسنان ووساخة الفم وتكثر هذه الاشياء عند الرجال عنها عند النساء .

وعند ما يعالج المريض جيداً تشفى هـذه اللطع ولا تترك أثراً بعدها ولـكن

---

(١) لاحظ فورنييه ان ٣٠ فى المائة ممن يصابون بهذه اللطع القرنية المزمنة يصابون بسرطان اللسان ولاحظ شينجارت ذلك فى ٢٢ فى المائة فقط من حالاته .

(٢) كابوسى

لوحظ [١] ان بعض اللطع عند ما يشفى يترك مكانه ندبه — أثر التحام — (سيكاتريكس) تظهر كحفرة صغيرة جداً وتبقى مكانها زمناً طويلا .

وعند ما يظهر احمرار مع تورم قليل على الحنك الرخو (سوفت بالات) وعلى الغلصمة (يوفيولا) وعلى اللوزتين ويشعر المريض بضيق فى تنفسه يسمى المرض حينئذ **ضيق التنفس الزهرى** (انجينا سيفيليتيكا) .

ويظن بعضهم [٢] ان حصول تقرح زهرى على اللوزتين يعقبه عدوى ثانوية من الفم فيمتص السطح المتقرح بعض الميكروبات فتدخل فى تيار الدم العمومى وذلك يتسبب عنه تطور فى شكل الزهرى فيصير زهرياً خبيثاً . ولكننى اظن ان هذا التقدير غير صحيح لان مثل هذه الحالات تكون حقيقة مصحوبة بأعراض شديدة تشبه الزهرى الخبيث ولكن شدتها نتيجة طبيعية لوجود أعراض تسمم الدم الاخرى السابق ذكرها . وتظهر صمغيات زهرية على اللسان واللوزتين والحنك الرخو والحنك الصلب والبلعوم (فارينكس) وينتج عنها تقرحات عميقة وفتحات [٣] فى (سقف الحلق) اى الحنك الرخو والصلب . ويصحب هذه الفتحات من افرازات صديدية مستمرة تتساقط داخل الفم فتتلف الاسنان وتمتصها السطوح المخاطية بالفم ويبتلع بعضها المريض رغم ارادته فتتلف معدته والهضم كله . وتكون رائحة الفم كريهة والصوت خشناً يخرج من الانف — اوكما يسميه الأهالى (اخنفاً) من وجود فتحة غير طبيعية موصلة الانف بالفم — ولكن كل هــذا يحصل فى دور رجوع ظهور الاعراض عادة كباقى الصمغيات الزهرية وسنذكر شيئاً عنه فى هذا الدور

زهرى باقي أعضاء الجسم

لا يسع هذا المؤلف وصفاً للزهرى بباقى الجسم لان هذا يستدعى مؤلفاً واسعاً خاصاً بالزهرى ولذا نكتفى هنا بالآتى :—

---

(١) ايرب (٢) ماك دونايخ (٣) راجع رسم (نمرة ٢٤) حرف ٣

ان الزهرى يصيب اى عضو واى جزء من أجزاء الجسم خصوصاً الاوردة والشرايين التى تصاب بالتصلب (سكليروزيس) و ينتج عن هذا التصلب أمراض مختلفة الاشكال بل ينتج عنــه قصر فى العمر نفسه وضعف فى جميع أعضاء الجسم الاخرى عن مقاومة الامراض والحميات المختلفة . وكثير من حالات الالتهابات التى بالرئتين ناتج عن الزهرى اذ يزور المريض كثيراً من الاطباء شاكيًا مر الشكوى من — الكحه — المزمنة وهم يشخصونها نزلة شعبية مزمنة وهى فى الواقع زهرى بالرئتين . وكثيراً ما يذهب المرضى للاطباء بصداع مزمن فيعطيهم هؤلاء من العلاجات شيئاً كثيراً وفى الواقع هم يئنون من التهاب زهرى مزمن بأغشية المخ (كرونيك سيفيليتيك مينينجيتيس) او من تأثير استعمال علاج زهرى مضر عمل للمريض فى زمن سابق كما سيجىء فى باب العلاج. وا كثر حالات الشلل الجزئى او الكلى ناتج عن الزهرى. و يشكو مرضى كثيرون باشكال مختلفة من أمراض العيون او قصر النظر او رؤيا اشكال متحركة امام عيونهم مع عدم وجود أشكال حقيقية وكل هذا يجوز أن يكون ناتجًا عن الزهرى . و يشكو مرضى بآلام فى ركبهم او مفاصلهم او عظامهم وا كثر هذه الحالات ناتج عن الزهرى وهم لا يعلمون ولمجرد عــدم وجود اعراض هم يعرفونها و ينسبونها للزهرى لا يجتهد الواحد فى معالجة نفسه معالجة حقيقية وربما كان فى نفس الوقت ضحية لجهل طبيب ، عاجز عن تشخيص مرضه .

و بالاختصار فأن جميع أعضاء الجسم يجوز ان تصاب بالزهرى وأقلها تعرضاً للاصابة بالزهرى هو القلب على ما يظن كثيرون مع اننى أعتقد ان القلب أيضًا يصاب بالزهرى بدرجة أكبر من الدرجة المعروفة ولكن عجز أطباء كثيرين عن تشخيص حالتهم جيداً وعدم وجود أعراض قاطعة واضحة لاشكال أمراض القلب وعدم تمكن العلم من الاطلاع على مجمــوعة كبيرة من نتائج تشريح دقيق لمثل هذه الحالات بعد الموت مع ملاحظة حالة القلب جيداً ، كل هذا ساعد فكرة ان القلب لا يصاب بالزهرى كثيراً . ورغمًا عن كل هذا فأن القلب يشكو من الزهرى بطريق غير مباشر لأنه يتأثر بشدة من حالات الشرايين العامة وشرايينه الخاصة بتغذيته ، ولا يجهل أحد ان الشرايين تتأثر كثيراً بمرض الزهرى و يصاب الغشاء المبطن للقلب (انيدوكارديوم)

وغشاؤه الخارجى (بيريكارديوم) بالالتهابات الزهرية . وأما أعضاء الحواس الخمسة الأخرى فأنها تتأثر بتأثر الاعصاب التى تشغلها وتحركها وأحيانًا تتأثر بتأثر أجزاء هذه الاعضاء بالزهرى وأحيـانًا تتأثر بظهور أورام عظمية زهرية أو تأكلات فى الجزء العظمى المحيط بالعضو كالعين والاذن.هذا مجمل بسيط عن زهرى باقى أجزاء الجسم . وننتقل الآن الى الكلام عن : —

(٤) دور خمول المرض

يبتدىء هذا الدور بانتهاء دور تعميم العدوى وقلنا فى صحيفة ٦٦ ان دور خمول المرض هو دور نوم الميكروبات أو اختفاء المرض اختفاء ظاهريًا . واذا أراد بعضهم المقارنة بين هذا الدور وبين ما اعتاد العلماء تسميته بالزهرى المختفى (لاتنت سيفيليس) فنقول له ان دور الزهرى المختفى أطول من دور خمول المرض لان كثيراً من الحالات التى توضع فى دور الاختفاء أو عدم الظهور (لاتنسى) تكون حالات من دور رجوع ظهور الاعراض اى تكون حالات انتهى فيها دور خمول المرض وتكون بها أعراض من أعراض نشاط المرض وفتكه بالجسم ولكنها تكون عادة أعراضًا دقيقة يصعب تشخيصها ولكنها موجودة وتدل على ان الميكروبات ليست نائمة (نون دور مانت) وأهم هذه الاعراض هى شعور المريض بآلام بالعظام والمفاصل تفسر كثيراً بآلام روماتزمية أو نتيجة أملاح بالمفاصل ، وأعراض عصبية كشعور المريض بتشنجات فى العضلات خصوصًا فى عضلات الساقين وعضلات العيون نتيجة التهاب زهرى مزمن بأعصابها (كرونيك سيفيليتيك نيور يتيس) أو نتيجة التهاب زهرى ،مزمن بالعضلات أو بالعظام (كرونيك سيفيليتيك ميوسيتيس او اوستييتيس) . أو شعور المريض بصداع مستمر وهو دليل على ابتداء نشاط المرض بالرأس ويكون نتيجة التهاب زهرى مزمن بأغشية المخ أو التهاب زهرى بالسمحاق (سيفيلتيك بيريوستيتيس) أو التهاب زهرى بجيوب الرأس (هيد سينصيز) وهكذا ، وأحيانًا يشعر المريض بجأة

(بدوخة) تستمر بضع ثوان وتنتهى فيستشير كزميله صاحب الصداع المزمن مثلا أطباءاً كثيرين فلا يفكر واحد منهم فى الزهرى بل يسرعون الى فحص القلب فقط ويشبعون المعدة بنصف العقاقير الموجودة بالصيدليات حالة كون هذا المريض يشكو من تأثر الجهاز العصبى بمرض الزهرى بدرجة غير متقدمة فى المرض لتستلفت نظر طبيبه . وأحياناً يرى المريض بعد ان ظن أنه ارتاح من شقاء مرض الزهرى زمناً طويلا بضعة حلمات قليلة تظهر عادة على الايدى أو عند المرفق أو على الوجه وتستمر هذه الحلمات بدون أى تأثير على صاحبها أو بدون تقرح زمناً يتراوح بين ٦ شهور الى سنة أو سنة ونصف وهى فى الحقيقة حلمات زهرية عائدة (ريكارنت بابيولز) وبعد مرور الزمن اللائق تبتدىء تتقرح وتترك مكانها تقرحات زهرية مزمنة يصعب علاجها بالطرق الاعتيادية (١) وفى نفس الوقت هى انذار بظهور دور رجوع ظهور الاعراض أى انها عند ابتداء ظهورها يكون دور خمول المرض قد انتهى وقد اعتاد الأطباء اعتبار هذه المدة من دور اختفاء المرض (لاتنسى) وهى فى الحقيقة اول مدة رجوع نشاط المرض ، ولكنهم اذا رأوا هذه الحلمات بشكلها العائد المشهور (راجع رسم نمرة ٣٠ صحيفة ١٠١) حيث تكون الحلمات متقاربة ومصطفة بشكل منتظم دائرى أو نصف دائرى وتحيط بها دائرة الاحمرار والتصلب قالوا انها حلمات عائدة وان المرض رجع للنشاط مع ان الحلمات العائدة تظهر فى حالات كثيرة ولا يهتم بها المرضى ولا يسألون الاطباء عنها ولذا لا يراها الاطباء فى تشكلها الأول عند ظهورها الا بالصدفة أو اذا كانوا يبحثون عنها باهتمام مخصوص لتتميم مبحث ما . ومما تقدم يرى القارىء ان مدة الدور الذى نسميه دور خمول المرض هى فى الحقيقة أقصر من الدور الذى يسمى الآن عادة دور اختفاء المرض (لاتنت سيفيليس) لأن مدة الدور الأخير تشمل كما بينا جزءاً من دور رجوع الاعراض .

واذا قارنا النتائج التى اعتاد العلماء أن يقدموها فى مباحثهم عن (ع . ف) وهى

---

(١) يلاحظ القارىء ان ظهور مثل هذه الحلمات العائدة علامة على ان المرض سيرجع بشدة ويكون مصحوباً باعراض عصبية شديدة وخطرة ولذا يجب عمل العلاج اللازم قبل استفحال المرض

« عمليـــة فازرمان أو — تفاعل فازرمان » وجدنا فوارق عظيمة بينها يمكننا بدرس ملخصها أن نصــل لتعليل ظاهر جلى لاعتبارنا دور خمول المرض أقصر من دور اختفاء المرض

بفحص الدم فى دور اختفاء الزهرى بطريقة فازرمان وصل العلماء لنتائج مختلفــة فى احصائياتهم إذ وصل بعضهم لاعتبار النتيجة ايجابية فى ٢٦ فى المائة من حالاته وبعضهم فى ٦٣ فى المائة وبعضهم فى ٥٤ فى المائة ونعطى هنا نتائج ("بوشكه) كعينة من النتائج بالمدرسة الزهرية الالمانية ونتائج (برونتج) وزملائه كعينــة من نتائج المدرسة الزهرية الانجليزية

بوشكه	(١) ابتداء دور اختفاء الزهرى (ايرلى لاتنت سيفيليس)	٤٠ فى المائة +++
	القسم الاخير من دور اختفاء الزهرى (ليت لاتنت سيفيليس)	٣١ فى المائة +++
	متوسط نتائجه	٣٥ فى المائة +++
برونتج وزملاؤه	(٢) دور اختفاء الزهرى (لاتنت سيفيليس)	٥٠ فى المائة +++

ومما تقدم يرى القارىء الاختلاف البين بين النتائج التى وصل اليهـــا العلماء بفحص دم المرضى فى هذا الدور ونحن نعتقـــد أن نتيجة فحص الدم فى دور خمول المرض تكون فى أغلب الحالات سلبية ولا تزيد عن ١٥ فى المائة ايجابية . وانماوجدت الزيادة فى نتائج العلماء لأنهم يقسمون الزهرى للثلاثة أقسام المعروفة ويعتبرون المدة التى تنقضى بين الدور الثانى والثالث مدة اختفاء المرض وهى فى الحقيقـــة مركبة من الجزء الأخير من دورهم الثانى ومن دورنا خمول المرض ومن الجزء الاول من دورهم الثالث أو دورنا دور رجوع الاعراض . والنتائج الايجابية الزائدة فى احصائياتهم ناتجة عن زيادة الحالات الايجابيـــة الناتجة — كزيادة فى حسابهم — من الجزء الاخير

للدور الثاني والجزء الاول من الدور الثالث . أو الناتجة من الجزء الاخير لدور تعميم العدوى والجزء الاول لدور رجوع ظهور الاعراض اذا استعملنا تقسيم الزهرى فى مؤلفنا.

واذا روجعت احصائياتهم فيلاحظ أيضاً ان حالات كثيرة اعتبرت فى مجموعة بوشكه كحالات فى الدور الثالث ولذا لم تحسب فى تقدير نتيجة فحص الدم فى دور اختفاء المرض مع وجود حالات مثلها فى مجموعة برونتج وحسبت فى دور اختفاء المرض وبما ان نتيجة فحص الدم فى دورهم الثالث تكون ايجابيـة فى ٧٠ الى ٨٠ فى المائة فترى من ضم بعض حالات الدور الثالث الى حالات دور اختفـاء المرض ان نتيجة فحص الدم تكون ايجابية طبعاً بنسبة اكبر ومن هذا نتجت الزيادة فى نتائج برونتج الايجابية . وقد لاحظت ان نتيجة فحص الدم فى الدور الذى أسميته دورخمول المرض كانت ايجابيـة فى ١٥ فى المائة تقريباً[1] . ومن هذا يرى أن تشخيص الزهرى فى دور خمول المرض يكون صعباً وشاقاً لأنه لا توجد أعراض اكلينيكية يعول عليهـا ظاهرة وبفحص الدم تكون النتيجة سلبية فى اكثر الحالات وعند تشخيص المرض عند مريض يكون الطبيب امام حالة واحدة ليقرر مصـيرها وليس امام احصائيات يراجعها ولذلك فان فحص الدم لا يساعدنا الا اذا كانت النتيجة ايجابيـة ولذا أنصح باتباع الطريقة[2] التى خدمتنى فى حالات كثيرة إذ أخذت بواسطة ابرة وحقنةسائلا قليلا من الغدد الليمفاوية المتضخمة — وهى توجد عند كثير من المرضى فى حالات خمول المرض — وبفحص هذا السائل وجدت سبيروشيتا باليدا فى اكثر من ٦٠ فى المائة من المرضى (عدد الحالات التى فحصتها بهذه الطريقة للآن هو٣١ ايجابية وسط ٥٠ حالة) . وعلى العموم فبدرس تاريخ الحالة وبفحص المريض اكلينيكياً وبعمـل عينة من الغدد الليمفاوية اما بواسطة امتصاص السائل الليمفاوى بالحقنة أو باستخراج غدة ليمفاوية متضخمة بعملية جراحية صغيرة سطحية وبفحص قطاع منها يمكن الطبيب أن يشخص الزهرى فى دور خمول المرض . وعلى العموم سنشرح علاقة

---

(١) بفحص الدم ثلاث مرات متوالية وجد المؤلف ١٢ حالة ايجابية من ٨٠ حالة .

٢) راجع صحيفة ٧٣ وصحيفة ٧٥

فحص الدم بطريقـة فازرمان بدور خمول المرض و بغيره من أدوار الزهرى عند ما نتكلم فى باب خاص عن قيمة (ع . ف) فى تشخيص الزهرى

(٥) دور رجوع ظهور الاعراض

يبتدىء هذا الدور بانتهاء دور خمول المرض و بظهور الاعراض المختلفة المذكورة فى صحيفة (١٣٠) وهى أعراض يشكو بها المرضى عادة فى جميع عيادات الاطباء الا فى عيادات الاخصائيين فى الزهرى اللهم الا اذا سألهم الاخصائيون عنهـا لأنهم لا ينسبون هذه الاعراض للزهرى أولا لجهلهم حقيقـة الزهرى وثانياً لأن الاطباء الآخرين عودوهم نسبة هذه الاعراض خطأ لأمراض أخرى . ومعنى ابتداء ظهور هذه الاعراض هو ان الميكروبات التى كانت خاملة نائمة داخل الجسم تبتدىء تصحوا من رقادها اما لانقطاع العلاج زمناً طويلا أو لتهييج الجسم باصـابة أو جرح أو لضعف عام فى القوى الحيوية عموماً عند المريض ويظن علماء كثيرون[1] ان الميكروبات تختفى عادة داخل الغدد الليمفاوية و يساعد على هذا الاعتقـاد ما قام به هوفمان و بوشكه من الابحاث (راجع صحيفة ٧٣) ولذا لوحظ وجود سبيروشيتاباليدا بكثرة فى الغدد الليمفاوية حتى فى دور خمول المرض . ولوحظ أن الميكروبات عند صحوها تبتدىء تنتشر فى الجسم وتفتك به بشدة وتبتدىء بالفتك بالجلد فى حالات كثيرة فتظهر الصمغيات الزهرية الجلدية .

(أ) الصمغيات الزهرية الجلدية

تنقسم الصمغيات الجلدية الى صمغيات جلدية سطحية (كيوتينيص جماتا) وصمغيات جلدية عميقة (صبكيو تينيص جماتا) . فالاولى تظهر كحبات عدس صغيرة وتكون منفردة عن بعضها وأحياناً تظهر فى شكل مجموعات صغيرة مركبة من حبات

---

(١) فيرشوف . نويمان . ماكس جوزيف

كرأس الدبوس متقاربة ويكون سطحها أحمراً أو أحمراً نحاسياً ويكون لامعاً ولاتكون مصحوبة بأى أعراض أخرى وأحياناً تكون مصحوبة بألم قليل (وأ كلان) . ولما تظهر هذه الصمغيات بجوار بعضها فى تشكل دوائر صغيرة منتظمة أو غير منتظمة فيسمى الطفح حينئذ طفح زهرى عقدى ثعبانى (تيوبير وسير بيجينص سيفيليد) وقد أعتبره (ريكور) علامة قوية فى تشخيص الزهرى حتى أنه أعطاه اسم « لاسينياتير دى لا سيفيليس » أى « علامة الزهرى » ويظهر هذا الطفح عادة على الشفتين والذقن وفتحات الانف والذراعين والساقين (راجع رسم ٢٧ فى صحيفة ٩٧)

وبعد ان يكون لون سطح الصمغيات أحمراً نحاسياً يتحول الى نحاسى قاتم وأحياناً الى بنى قاتم وتختفى هذه الصمغيات ببطء وتترك مكانها بقعاً سمراء اللون وأحياناً تزمن هذه الصمغيات الصغيرة فتتقرح تاركة مكانها تقرحات زهرية مزمنة تكون أحياناً عميقة فتشبه فى شكلها تقرحات الصمغية الجلدية العميقة .

أما الصمغية الجلدية العميقة فأنها لا تنتشر كغيرها من أنواع الطفح الزهرى الاخرى بل تظهر منها ٣ أو ٤ أو ٥ صمغيات فقط [1] فى أ كثر الحالات . وتظهر الصمغية كتصلب بسيط فى الجلد ويكون لون الجلد فوقها أحمراً نحاسياً أو نحاسياً قاتماً وبعد ذلك يتقدم المرض فى الصمغية فتبتدى محتوياتها تنحل ويصير الجلد الذى فوقها رخواً ورقيقاً من تأ كل طبقاته السفلى حتى يتأ كل كله فتنفتح الصمغية وتخرج منها مادة صمغية لزجة حمراء قاتمة كلون (الشوكولاته) وأحياناً يكون لون المادة أصفراً أخضراً نتيجة عدوى ثانوية للصمغية بميكروبات صديدية . وتتسع الصمغية الجلدية لسطح الجلد فيتأ كل وأحيانا يتقدم التأ كل داخل الصمغية من أسفلها فتتأ كل كل طبقات الجلد تحتها حتى تصل للعضلات خصوصاً لما تكون على الاطراف . وقد لاحظ (فيرنى) حالة وصل فيها الانحلال بصمغية جلدية الى عضلات الفخذ فأثر ذلك على شريان الفخذ (فيمورال ارترى) فتأكل سطحه وانفتح ونتج عن ذلك نزيف دموى شديد وخطر . ولما تنفتح الصمغية الزهرية تتربى فوقها عادة قشرة لونها رمادى

---

(١) لاحظ كابوسى ظهور ٥٠ الى ١٠٠ صمغية دمة واحدة



رسم نمرة (٣٧) صمغيات متقرحة

على سطحي الشفرين الكبيرين ، صمغيتان على الشفر الأيمن وثلاث صمغيات على الايسر والمريضة اصيبت بالزهرى من ست سنوات مضت قبل ظهور الصمغيات ويلاحظ أن البظر والشفرين الصغيرين بهما تضخم (مراسيك)

أو رمادي أخضر وأحيانًا يكون لونها احمرا بنيا به نقط بيضاء أو صفراء، وطبعًا ينتج عن وجود القشرة تآكل بسيط فى حافة الصمغية الخارجية فتتسع ويتربى مكانها قشرة أخرى وينتج عن وجودها تآكل آخر بحافة الصمغية فتتسع وهكذا وينتج عن ذلك صمغيات حافتها ملتهبة قليلا ولونها من الداخل الى الخارج يكون أحمراً فأحمراً بنياً فنحاسياً أحمراً فبنياً فرمادياً ويصل اتساع الصمغية فى مثل هذه الحالات الى حجم القرش التعريفة أو قطعة الخمسة قروش ، ويعطون هذا الشكل حينئذ اسم الحمراء الزهرية (روبيا سيفيليتيكا) . ولوحظ ان التآكل الذى يحصل فى حافة الصمغية يكون عادة مستديراً وأحيانًا يتقدم بشكل غير مستدير ولكنه منتظم نوعا ويتخذ شكل الكلاوى فى رسمه الخارجي ويرى هذا جيداً على ركبة السيدة فى رسم نمرة ٢٩ وأحيانًا تكون الصمغية مصحوبة بحلمات وبثور زهرية محيطة بها بأشكال منتظمة فينتج طفح يسمى عندئذ بالزهرى المتقرح الثعبانى (الصيربتيد سيربيجينص سيفيليد)

وأحيانا يصحب الصمغية تقرح مصحوب بالتهاب مزمن فى أسفل التقرح ينتج عنه نمو حلمات كبيرة (لارج بابيلا) فى هذا الطفح فترى طفحًا زهريًا توتيًا (فرامبيو- زيفورم سيفيليد) فى أسفل الصمغية

هذا ملخص بسيط للصمغية الجلدية ولا تكون مصحوبة بأعراض أخرى كالألم أو الأكلان الشديد الا نادراً وأحيانًا تظهر الصمغية وبالقرب منها حلمات أو بثور زهرية، وأحيانًا تظهر مصحوبة بالتهاب زهرى بالقزحية بالعين . ولما تكون الصمغية بالانف يصحبها فى كثير من الاحوال زكام ووجع فى الرأس شديد (كوريزا) .

وأحيانا يسبق ظهور الصميغات الزهرية آلام بالعظام وضعف عام وهزال بالجسم ويظن كثيرون من العلماء انه توجد وقتئذ صمغيات زهرية بالأعضاء الداخلية كالكبد أو الامعاء أو المخ . . . الخ وقد يصل المرض فى تقدمه الى الاضمحلال النشوى (اميلويد ديجينيريشن) بأعضاء مختلفة وبعد ذلك تظهر الصمغيات الجلدية .

وقصارى القول تظهر الصمغيات الجلدية عادة على الوجه والعنق والاطراف وفى منطقة الاعضاء التناسلية واذا ظهرت على نفس الاعضاء ينتج عنها أحيانًا مضار عظمى اذا لم يعالج المريض بسرعة اذ ينتج عنها تآكل بالعضو وربما أعقبه ناسور أو ضعف

تناسلى أو ارتخاء تناسلى تام أو جزئى،ويجب التمييز دائماً بين هذه الصمغيات الزهرية التى تنمو على القضيب أو الفرج مثلا و بين القرح الزهرية الاولية ، وتظهر أحياناً على الظهر والثدى[1]. وقد لاحظ (ليلوا) ان الصمغيات التى تظهر على الاعضاء التناسلية تظهر غالباً مكان قرحة زهرية أولية كانت ظهرت هناك وأعطى هذه الصمغيات التناسلية اسم الزهرية الشانكرية (سيفيلوم شانكريفورم) ، وعندما تظهر على فروة الرأس ينتهى الأمر بترك جزء من الصلع ولا ينمو الشعر ثانية فى منطقة هـذا الصلع ولو ان بعضهم يدعى احتمال نموه ولكننى أؤكد عدم احتمال ذلك لتأكل منطقة كاملة بجميع طبقاتها من جلد فروة الرأس،وأما الحالات التى رجع فيها الشعر للنمو بعد ظهور ما سماه بعضهم صمغيات زهرية فانه شعر رجع للنمو مكان بثور زهرية تقرحت ولم يكن هناك صمغيات أو شبه صمغيات .

وكثيراً ما تظهر الصمغيات الجلدية وفى نفس الوقت يظهر معها لطع مخاطية بالفم وتكون عائدة للظهور فى دور رجوع ظهور الاعراض .

ويجب اعتبار الصمغيات كباب مهم من أبواب العدوى الزهرية اذ يمكن عمل عينة وتوجد بها ميكروبات سبيروشيتا باليدا فى اكثر حالات الصمغيات وقد لقح «هوفمان»قردة بافراز استخرجه من صمغية مريض ظهرت بعد مرور ٢٤ سنة من يوم العدوى بالزهرى فظهرت عليها قرح زهرية . و يوجد فى مؤلفات كثيرة مبدأ غريب وهو ان الصمغيات الزهرية ليست معدية والواقع ان بعض الصمغيات معد جداً وتوجد بها ميكروبات الزهرى غالباً وقد وجدت سپيروشيتا باليدا فى ٤٣حالة من١١٥ حالة فحصتها للآن ميكروسكوبياً ولا داعى للاستشهاد بالعلماء لان اكثرهم أثبت وجودها فى حالاته ونذكر منهم (شبيتزر) (فيلدمان) (دوتريلبون) (دوجن) (ايفنز) (توماسكفزكى) (ماكس جوزيف) (جروڤين) (هوفمان) .

ولكنى أظن أن السبب فى وجود هذه الفكرة فى مخيلة بعض المؤلفين هو ان

---

(١) وقد لاحظ ليفينز ظهور الصمغية على بطن اليد وهذا نادر جداً وأعقبه فى هذه الملاحظة كثيرون منهم لين ، جالوا ، بالمجرين .

السوائل التي تخرج من الصمغيات بعد تقدم عملية الاضمحلال (ديجينيريشن) لا تكون معدية عادة . نعم ولكن يمكن استخراج سوائل من الصمغيات قبل ان تتم بها عملية الاضمحلال وهذه السوائل تكون غالباً معدية وفى الواقع انها هى السوائل التى استعملها (نيسر) و (فينجر) و (لاندشتينر) فى تلقيح القردة وقد أثبتوا أنها معدية جداً . اكد (نيسر) تساوى السوائل التى تستخرج من صمغيات ظهرت بعد العدوى الاولية بوقت قصير أو بوقت طويل فى كونها معدية . ولكن مع هذا يجب مراعاة ظهور الصمغيات فى دور رجوع ظهور الاعراض إذ يستدعى ذلك وجود عدد قليل من ميكروبات سبيروشيتا باليدا فى منطقة الصمغيات وهذا هو السبب فى عدم تمكن كثير من البحاثة من رؤيا هذه الميكروبات .

وننصح القارىء ان يدرس باتولوجيا وهيستولوجيا الصمغيات فى مؤلفات الزهرى المطولة ونكتفى بأن نذكر له هنا ان المباحث السابقة الذكر عن اسباب نمو الشانكر واشكال الطفح الجلدى استدعت تفكير العلماء فى أسباب ظهور الصمغيات أيضاً ولكن لم يصل العلماء لهذه اللحظة لتقرير ذلك اذ يظن بعضهم ان نشاط ميكروبات الزهرى بعد خمولها هو السبب ويظن البعض الآخر - وهم طبقة العلماء المغرمين باعتقاد أن الصمغيات غير معدية - أن الصمغيات تنتج عن اضمحلال خلايا الجسم فى منطقتها نتيجة تأثرها بالسموم (توكسينز) التى تكون بالجسم والرأى الاول هو الارجح ولو انه لا يوجد ما يمنع اعتقادنا بأن الصمغيات تكون نتيجة نشاط الميكروبات وتأثير سموم هذه الميكروبات معاً .

التشخيص - لا توجد مشقة فى تشخيص الصمغيات اذا لاحظ الطبيب كيفية ظهورها ونموها وموقعها ولون الافرازات التى تخرج منها ولون الجلد الذى يكون فوق سطحها قبل أن يتقرح و بعد ما يتقرح ولون الجلد النحاسى أو النحاسى القاتم او الاسمر عند حافتها لما تتفتح ووجود القشور الضخمة فوقها بلونها السابق الذكر ، و بعمل عينة منها قد توجد بها ميكروبات الزهرى وكثيراً ما تصحبها أعراض زهرية اخرى كطفح حايمى أو طفح البثور العائد . وكثيراً ما تظهر الصمغيات متأخرة فى دور رجوع ظهور

الاعراض فيكون سبقها أعراض زهرية مهمة اخرى كانواع مختلفة من الامراض العصبية كالشلل الجزئي فى الذراع أو الساق أو النطق أو النظر أو الشلل النصفي (هيميبليجيا) او هزال النخاع الشوكى (تابيس دورساليس) وبفحص الدم على طريقة فازرمان (ع . ف .) تكون ايجابية فى بعض الحالات كما سنبين بعدئذ .

ولا توجد مشقة الا للتمييز بين الصمغية وبين مرض الجلد **فيورنكيولوزيز** اذ يكونان متشابهين فى شكلهما الخارجي ولكن لون الصمغية يكون عادة احمرا ازرقا او احمراً نحاسياً أو نحاسياً رمادياً وافرازاتها تكون حمراء (كالطوب الاحمر) او بلون الشوكولاته أو رمادية وتكون صمغية لزجة عند لمسها ولا تكون الصمغية مصحوبة بآلام عادة . وأما مرض الجلد المذكور فيكون لونه احمراً ملتهباً وافرازاته تكون صفراء بيضاء غير لزجة ويكون مصحوباً بألم ولا يشفى كالصمغية بعد علاج الزهرى وبعمل عينة منه لا توجد سبيروشيتا وبفحص دم المريض به تكون (ع . ف .) سلبية .

وتوجد مشقة أخرى فى التميز بين الصمغيــة وبين **مرض الذئب البسيط** (لوپوس ڤالجاريس) ولكنها بسيطة اذا لاحظ الطبيب ان الصمغية تظهر فى كل أجزاء الجسم ، ومرض الذئب البسيط يظهر عادة فى نصف الوجه الأعلى اى فوق خط يقطع الوجه عند الشوارب،وثانياً تكون الصمغية مصحوبة بأعراض الزهرى الاخرى ، ويكون مرض الذئب مصحوباً بأعراض درنية غالباً ،وثالثاً تكون الصمغيات مصحوبة بعقد زهرية كبيرة متصلبة وقليلة العدد ومرض الذئب مصحوباً بحبات صغيرة جداً ومتجمعة ورخوة ، ويكون سطح الصمغية احمراً نحاسياً أو رمادياً وسطح مرض الذئب احمراً وردياً أو اصفراً من وجود افرازبه ، ولا يحصل تأكل شديد بالعظام التى تحت الصمغية اللهم الا اذا كانت الصمغية بالعظام نفسها حالة كون عظام الوجه تتأكل بشدة فى مرض الذئب ، وتشفى الصمغية باستعمال علاج الزهرى خصوصاً اذا اضيف اليه يدور البوتاسا ولا يشفى مرض الذئب من هذا العلاج ، واذا عملت عينة من الصمغية وفحص دم المريض بها وجدت ميكروبات سبيروشيتا وكانت (ع . ف) ايجابية فى بعض الحالات وهذا ما لايحصل فى مرض الذئب ، وبأخذ قطاع صغير من

المرض و بفحصه ميكروسكو بيًا ترى صورة هيستولوجية مخصوصة [1] مختلفة فى الحالتين.

ولتمييز الصمغيات عن باقى أمراض الجلد يحتاج الطبيب الى تذكر اعراض هذه الأمراض المختلفة ولونها وموقعها عند ظهورها ويتذكر مميزات الصمغية وما يصحبها من باقى اعراض الزهرى و باقى طرق تمييز الصمغية من فحص ميكروسكوبى لميكروبات سبيروشيتا باليدا ومن فحص بكتيريولوجى للدم (ع . ف .) الخ .

وقبل ان نختتم أوصاف الصمغيات الجلدية نستحسن أن نذكر نوعًا من الطفح يصحب ظهور بعض الصمغيات الجلدية السطحية اذ تظهر فقاقيع تشبه فقاقيع مرض الجلد **الهربس المنطقى** (هر پيس زوستر) وتتغير محتويات هذه الفقاقيع فبعد ان تكون سائلا مصليًا أو مائيًا تنقلب الى سائل نصف دموى أوصديدى دموى أو صديدى و يوجد بالطفح أشكال مختلفة متعددة تبتدىء من فقاقيع محتوياتها رائقة الى فقاقيع محتوياتها صديدية و يسمى الطفح عندئذ « الزهرى الفقاقيعى المنطق » (زوستر يفورميس سيفيليد) و يتميز عن الهربس المنطقى بكون الهربس المنطقى يبدأ كفقاقيع (فيزيكاز) تستمر رائقة وتكون بشكل واحد فى الطفح و يكون فى جهة واحدة من الجسم عادة و يكون مصحوبًا بألم ولا يكون مصحوبًا بأى أعراض زهرية وأما الزهرى الفقاقيعى فيكون الطفح فيه متعدد الأشكال و يكون عادة بجهتى الجسم (سيميتريكال) كباقى أنواع الطفح الزهرى ولا يكون مصحوبًا بألم .

(ب) دور رجوع الأعراض بباقى أجزاء الجسم

تظهر صمغيات زهرية أيضًا بباقى أعضاء الجسم الظاهرة أو الداخلية فتظهر على اللسان بأشكال مختلفة (راجع رسم ٣٦ صحيفة ١٢٣) و باللوزتين والحنجرة والبلعوم فيتسبب عنها تضخم باللسان وأحيانًا يفقد العضو قوة النطق اذا أهملت الصمغية به وأحيانًا تظهر صمغية بالحنجرة وتتقرح باستمرار فتنفتح الحنجرة . .. الخ من الأعراض

---

(١) راجع مؤلفات الباتولوجيا فى هذا الموضوع .

المختلفة . وأحياناً تكون اللطع المخاطية السابقة الذكر بالفم مصحوبة بصمغيات صغيرة . وتصيب الصمغياب الأعضاء الداخلية بالجسم وتصيب العظام والجهاز العصبي [١] ولا يسع مؤلفنا هذا وصفاً تفصيلياً للأعراض التى تنتج عن ظهور صمغيات بهذه الاجزاء .

وأهم الأعراض التى تظهر فى هذا الدور غير الصمغيات تنتج عن تأثر الاعضاء الداخلية المختلفة بميكروبات الزهرى مباشرة وبالسموم التى تفرزها وبتأثر الاعضاء الداخلية بوجود أمراض مختلفة نتجت فى دور تعميم العدوى فى الشرايين والاوردة التى تغذى هذه الاعضاء . وينتج عن تأثر الشرايين تغيير كبير فى تركيب الاعضاء الداخلية الدقيق فتحصل فيها تغيرات باتولوجية ينتج عنها ضعف فى هـذه الاعضاء (خصوصاً الكبد والطحال) عن القيام بوظائفها المختلفة وربما ينتج عنها اضطراب عام بالجسم كظهور ارتفاع فى درجة الحرارة [٢] أو آلام أو قيء . . . الخ .

ويعتبر الجهاز العصبى اكبر جهاز يتأثر فى الأدوار المتأخرة وينتج عن ذلك الامراض العصبية المختلفة ويعتقد الكثيرون ان الجهاز العصبى لا يتأثر الا فى ما يسمونه الدور الثالث أو ما نسميه دور رجوع الاعراض والحقيقة كما اعتقد -وكما سيجيء تفصيليا فى مؤلفنا الاخر - هى ان الجهاز العصبى لا يختلف عن باقى الجسم فهو يصاب بالميكروبات التى تسبح داخل الشرايين فى دور تعميم العدوى أيضاً ولا ينكر أى طبيب ملاحظة بعض أعراض عصبية عند مرضى الزهرى فى أدواره المختلفة ولكنها أعراض خفيفة غير مزعجة كآلام بالرأس وصداع مستمر نتيجة التهاب بأغشية المخ مثلا فلا يهتم بها الاطباء وتراهم غير راغبين فى مقاومة تيار الاعتقاد القديم بأن الجهاز العصبى لا يصاب بشكل ظاهر الا فى أدوار الزهرى المتأخرة . ولست أرى فى كل المؤلفات التى تعضد نظرية هؤلاء الاطباء أى تعليل يشرحون لنا به ما يمنع الجهاز العصبى من ان يصاب فى أدوار الزهرى الاولية مع اعترافهم بأن السائل المخى الفقرى (سيربرو

---

(١) راجع المؤلفات المختلفة فى امراض هذه الاجزاء من الجسم

(٢) يعطى بعض العلماء اسم « حمى الزهرى المتأخر » لنوع من مرض الكبد بالزهرى ومن أحسن المؤلفات فى هذا الموضوع كتاب للعلامة (باور)
Bauer: Lues und innere Medizin, 1910.

سپينال فلو يد) معد ويمكن تلقيح الحيوانات به فيظهر عليها الزهرى مع ان هذا السائل مأخوذ من مرضى بالزهرى فى دور تعميم العدوى [١]

و يعترفون فى نفس الوقت بوجود ميكروب سبيروشيتا باليدا بهذا السائل [٢] و يعلم القارىء ان هذا السائل يجرى وسط الجهاز العصبى فماذا يمنعه من ان يفتك بهذا الجهاز ؟ وأظن ان الاطباء لو تنازلوا لقبول هذا الاعتقاد لأفادوا مرضاهم فائدة عظمى بتوجيه اهتمامهم للزهرى أكثر مما يفعلون الان خصوصا اذا تذكروا ان أعراضاً عصبية كثيرة تظهر فى أدوار الزهرى الاولية يمكنهم ان يطلعوا عليها اذا أخرجوا قليلا من العناد المستحكم فى رؤوسهم

وهنا نستلفت نظر القارىء للأعراض الآتية وكثيراً ما نراها عند المرضى فى الادوار الاولية وما كنا لنراها أو لنفكر فيها لو لم نعتقد ان الجهاز العصبى كباقى الاجهزة يتأثر بالزهرى فى دور تعميم العدوى : تكون الحدقتان غير متساويتين فى اتساعها وتكون الاعمال المنعكسة (ريفيلكس اكشن) للحدقات مضطربة وترى زيادة فى حركة الركبة وحركة الكعب عند فحصها واضطراب فى اكثر الاعمال المنعكسة السطحية والعميقة وأحياناً تنعدم الاعمال المنعكسة أو تختلف الاعمال المنعكسة فى مقدارها إذ تزيد بالنصف الايمن عنها فى النصف الايسر للجسم أو تنقص . وفى حالات نادرة لاحظت « تميلا » عند بعض المرضى .

ونقتصر الآن فى وصف زهرى الجهاز العصبى على قولنا ان جزءاً من أمراض الجهاز العصبى ينتج عن تأثر شرايين هذا الجهاز بالزهرى ، وجزءاً ينتج عن تأثر نفس الجهاز العصبى بميكروبات الزهرى أو سمومها ، وجزءاً ينتج عن تأثر أغشية الجهاز العصبى بالزهرى ، وجزءاً ينتج عن ضغط أورام (تيومرز) زهرية بالعظام التى تحيط بالجهاز العصبى أو من ضغط نفس السائل المخى الفقرى على جسم الجهاز العصبى ؛ و ينتج عن

---

(١) Arzt u. Kerl: Wien klin. Woch. xxvii 785, 1914,

(٢) Gaucher et Merle: Ann. de Mal. Ven. v. 426 1910.
Dohi u. Tanake: Japan Zeitschr. f. Dermat v. 537 1905.

كل هذه المؤثرات أمراض عصبية مختلفة من شلل جزئى أو شلل نصفى أو شلل كلى أو شلل الاعصاب كشلل عصب النظر (أو بتيك نرف) أو عصب الشم (أولفاكتورى نرف) أو عصب السمع (اوديتورى نرف) وهكذا ، أو التهاب الحبل الشوكى (ميليتيس) أو . . أو . . . من الامراض العصبية المختلفة .

زهرى الجهاز التناسلى البولى عند الذكور والاناث

نرى أن نذكر شيئًا عن زهرى الجهاز التناسلى البولى مساعدة للقارىء على المقارنة بينه و بين باقى الامراض التناسلية : —

زهرى مجرى البول عند الذكور (يوريترال سيفيليس) : يظهر الشانكر أحيانًا داخل مجرى البول على بعد سنتى أو نصف سنتى من فتحة القضيب الامامية (ولكن فى الحالات الاعتيادية يكون الشانكر كما ذكرنا سابقًا على فتحة القضيب الامامية و يمتد قليلا داخل مجرى البول) ويكون مصحوبًا بافراز مصلى أو مصلى دموى وقد رأيت بعض حالات شخصها الأطباء كحالات سيلان (جونوريا) لوجود افراز صديدى أصفر مصحوب بألم شديد ولاكتفائهم برؤيا الصديد فى تشخيصهم بدون فحص الافراز . ولكننى فحصت الافراز فلم أجد به ميكروبات السيلان (جونوكوكى) و بفحص مجرى البول الامامى بمنظار مجرى البول (يوريتروسكوب) الكهربائى وجدت قرحة صغيرة بسطح مجرى البول الاسفل فى هذه الحالات بشكل الشانكر المتأكل وقبــل بعض المرضى العلاج ورفض البعض تشخيص الزهرى فعالجت الاوائل و بعد حقنهم بأول حقنة من (نيوسالفارسان) وبحقنة واحدة من محلول سيانور الزئبق انقطع الافراز الصديدى تمامًا و بفحصهم بالمنظار وجدت أن القرحة الصغيرة اختفت تمامًا ولم اعمل لهم اى علاج موضعى قط . و بعــد مرور ١٠ أسابيع رجع مريض من الذين رفضوا العلاج أولا بطفح زهرى حليمى بثرى على جسمه وعمل له العلاج اللازم وشفى .

ولوحظ أنه فى بعض الحالات التى يعمل فيها توسيع فى مجرى البول للضيق الذى ينتج عن قرح سيلانية عند المرضى بالسيلان والزهرى معاً ينتج أحياناً ورم زهرى (سيفيلوما) ينتشر فى طبقات حائط مجرى البول وفى باقى اغشية القضيب المحيطة بمجرى البول . و بفحص القضيب عندئذ يشعر الطبيب بتصلب مخصوص فى سمك القضيب يشبه عند لمسه (فاين الزجاجه) عند ما يضغطه الانسان . ولكن هذا التصلب يشفى تماماً و بسرعة بعد عمل العلاج اللازم ولا تبقى له آثار تذكر .

زهرى المثانة عند الذكور — لا تصاب المثانة بطبيعة الحال فى دور القرحة الزهرية لابتعادها عن أسباب العدوى ولكنها تصاب فى دور تعميم العدوى بظهور لطع مخاطية كاللطع المخاطية السابقة الذكر التى تظهر عادة على السطوح المخاطية . ولا تظهر لهذه اللطع أعراض قط ولكنها ترى عند فحص المثانة بمنظار المثانة الكهربائى (سيستوسكوب) . وعند ما تتقرح هذه اللطع يبتدىء المريض يشعر بأعراض التهاب المثانة (سيستيتيس) المعروفة ولكن الاعراض التى تظهر فى التهاب المثانة الزهرى (سيفيليتيك سيستيتيس) تكون عادة أخف وأضعف من الاعراض التى تظهر فى التهابات المثانة الاخرى . ولذا يشعر المريض بشعور برغبة للتبويل (ميكتيوريشن) وبقليل من (الحرقان) فى منطقة المثانة و يشير اليه المرضى عادة فى منطقة الشعر التى حول عضو التناسل ، ولكن المرضى لا يسرعون للتبويل كل عشر دقائق أو ربع ساعة أو نصف ساعة كما يفعلون فى التهابات المثانة السيلانيــة . ويكون البول أحياناً رائقاً شفافاً وأحياناً دخانى الشكل (سموكى) أى به غمامة نصف شفافة . و بفحصه توجد به مواد مخاطية (ميوكويد) ولم يعرف زهرى المثانة جيداً الا بعد اكتشاف منظار المثانة اذ أمكن به تشخيص اللطع المخاطيــة والتقرحات التى تظهر على حوائط المثانة الداخلية . وقد لاحظ (آش)[1] ظهور تقرحات صمغية (جماتص الصيريشن) ونمو حلمات زهرية (سيفيليتيك بابيلوما) بداخل المثانة فى دور رجوع الاعراض وقد وصفها [2] غيره أيضاً وصفاً دقيقاً . ومما تقدم يجب فحص الحالات التى ترى فيهــا

(١) Asch : Zeitsch. f. Urologie, v, 504; 1911

(٢) Lévy Bing et Durveux: Annales des Malad. Vénér; 1913

تقرحات بالمثانة فحصاً جيداً للتحقق من انهـا زهرية أو غير زهرية اذ يكون المريض سعيد الحظ اذا اتضح انها زهرية لأنها تشفى بسرعة بعمـل العلاج الزهرى بعكس التقرحات الاخرى التى تكون أحياناً عنيدة أو خبيثة لا تشفى بسهولة .

وتتأثر المثانة فى أكثر الامراض العصبية وينتج عن ذلك اضطرابات فى مقدرة المريض على التبول فيحصل تسلسل فى البول (اينكونتيننس) فى بعض الحالات ، وينحبس البول فى حالات أخرى خصوصاً فى أنواع التهابات النخاع الشوكى (ميليتس) المختلفة . وفى حالات نادرة يصاب المرضى بالبول الدموى ولوحظ ذلك فى المرضى بالتابيس . ولوحظت اضطرابات بولية أيضاً فى أكثر أمراض النخـاع الشوكى الاضمحلالية وتكون عادة مصحوبة بضعف شديد فى القوى التناسلية يصل أحياناً لدرجة الانحلال التام أو لضياع جميع الرغبات التناسلية[١] ، وتعتبر هذه الاعراض التناسلية كنذير يظهر أحياناً قبل ظهور الامراض العصبية فى شكلها الخطر . وأحياناً تظهر هذه الاعراض التناسلية والبوليه قبل ظهور أعراض أخرى غيرها للمرض العصبى المتسببة عنه . ولوحظ ظهور التسمم البولى (يوريميا) فى حالات زهرى الجهاز العصبى المركزى (سينترال نيرفص سيستيم) .

زهرى البروستاتا — لا يظهر الزهرى عادة بشكل مهم فى هذا العضو . ولو ان كولك وجريديتزر[٢] لاحظا أيضاً تضخما فى البروستاتا فى بعض حالات التابيس ويعتقدان ان عملية اقتلاع البروستاتا لأنها متضخمة فى مثل هذه الحالات تكون خطرة ومضرة لأن النتائج التى تظهر بعد العملية تكون سيئة حتى اذا كانت نفس العملية ناجحة فى أول الأمر .

زهرى الخصية والبربخ[٣] (تستيكل — ايديديميس) . تصـاب الخصية

---

(١) راجع « الكتاب الثانى » من « الضعف التناسلى عند الذكور والاناث ، انواعه وطرق الوقاية منه وعلاجه » للدكتور فخرى .

(٢) Caulk & Greditzer; American Journ. of Syphilis, 1917,

(٣) البربخ هو العضو الصغير الموجود على الخصية — راجع تشريح الاعضاء التناسلية بموضوع السيلان .

بالصمغية الزهرية ويندر أصابة الخصية بأعراض مهمة فى دور تعميم العدوى بعكس البربخ الذى تظهر عليه أعراض زهرية فى هذا الدور وأحياناً قبل ظهور أى طفح جلدى. ولما يظهر التهاب البربخ الزهرى (سيفيليتيك ابيديديميتيس) يتضخم البربخ قليلا و يظهر التضخم عادة بالرأس الكبير (كابوت ميجور) للبربخ - غنى عن البيان ان البربخ يتركب من رأس كبير وجسم مستطيل ورأس صغير - ويختلف تضخم البربخ فى الزهرى عنه فى التهابات البربخ الأخرى بكونه تضخما صغيراً و يشعر الطبيب عند فحصه بوجود تصلب فى شكل عدة عقد متقاربة بعكس تضخم البربخ فى الالتهابات الاخرى إذ يكون بشكل تصلب منتظم ناعم منتشر على طول البربخ تقريباً. وتظهر الصمغية الزهرية بحجم صغير على البربخ ويكثر ظهورها على الرأس الصغير (كابوت مينور) للبربخ وعلى جسم البربخ نفسه وأحياناً يكون الحبل المنوى متضخما ومتصلباً أيضاً.

ويجب التحقق من صحة تشخيص حالات التهاب البربخ والخصية لأنه كثيراً ما يحصل خطأ فى تشخيص هذه الحالات و يتعرض المرضى لعمليات استئصال الخصية باعتبار أنها مصابة بالتدرن أو بغيره مع ان الحالة تكون حالة زهرية يمكن شفاؤها بعلاج الزهرى و بدون تضحية عظمى بمثل هذه العملية. وقد رأيت حالة استأصل فيها جراح خصية وأراد استئصال الأخرى باعتبار ان المرض تدرن بالخصيتين وقد اتضح خطاؤه بتشخيص المرض كزهرى الخصيتين بفحصه جيداً و برؤية أعراض زهرية أخرى و بعمل (ع ف) التى كانت ايجابية ٣ مرات متوالية. ويكفى ان نذكر تحقيقاً لرأينا شفاء المريض تماماً بعد عمل العلاج الزهرى وقد كفينا المريض شر ضياع آخر أمل له فى حياته التناسلية فيما اذا استئصلت خصيته الثانية.

وفى حالات نادرة تتضخم الخصية والبربخ معاً وتظهر حينئذ قيلة مائية (هيد روسيل)، وأحياناً تظهر هذه القيلة بدون ظهور أعراض على الخصية أو البربخ.

ولوحظ ان تلك الأعراض الزهرية تظهر عادة على جهتى الجسم أى بالخصيتين والبربخين ، وأحياناً تظهر بجهة واحدة و يكثر ظهورها بالجهة اليمنى .

زهرى الكلى عند الذكور — تحصل التهابات الكلى (نيفريتيس) فى دور تعميم العدوى وفى دور رجوع ظهور الأعراض ، ويكثر التهاب الكلى فى الدور الأخير اذ ان أكثر المرضى الآن يعالجون فى دور تعميم العدوى ويصعب فى بعض الحالات التفريق بين التهاب الكلى الناتج عن الزهرى نفسه أو عن علاج الزهرى . وتوجد أنواع التهاب كلوى أخرى يعلمها القارىء من دراسة باتولوجيا أمراض الكلى ولا نرى محلا هنا لوصفها تفصيلياً ويمكن حدوثها نتيجة للزهرى .

ويكثر وصف المرض النشوى بالكلى (اميلويد ديزيز) كنتيجة للزهرى ، ولكننى أعتقد أن هذا بحث نظرى اكثر منه عملى لأننى للآن لم أر — كغيرى من الاطباء المشخصين — حالة واحدة من هذه الحالات ، واعتقد انه ليس سهلا تشخيصها فى المريض على قيد الحيـاة واظن انها عينة من العينات المرضية التى تخرج للطب التشخيصى من قاعات التشريح بعد الموت (بوست مورتيم) .

وتظهر الصمغيات الزهرية بشكل متعدد (ملتيپل جماتا) بالكلى . ولما تظهر صمغية كبيرة بالكلى تشبه فى أعراضها مرض السل الكلوى وللتشخيص بينهما يجب استخدام البحث عن تشخيص الزهرى اولا ثم بفحص عينات البول لمرض السل . وأحياناً تلتهب الكلى ويكون التهاباً مصحوباً ببول دموى (هيموجلوبينوريا) ويكثر ذلك فى الزهرى الوراثى ، وعلى العموم فاننى أعتقد ان زهرى الكلى يمر كثيراً بالأطباء ولا يشخصونه هكذا لأنهم يعالجونه كالتهاب عادى ولو فكروا فى مرض الزهرى — خصوصاً كلما تعذر عليهم الشفاء بطرقهم العادية — لتمكنوا من ارسال مرضاهم ليعالجوا الزهرى فيتم لهم شفاء الكلى المزهورة .

زهرى المجرى البولى التناسلى عند الاناث

كنت أحب أن أوجز البحث فى هذا الباب ولكن اقتراح بعض الزملاء اضطرنى — رغم المباحث العلمية العملية التى أريد نشرها فى هذا الموضوع — الى ذكر بعض التفاصيل عن زهرى المجرى البولى التناسـلى عند الاناث ، ونبدأ الآن بذكر

شيء عن تفاصيل نمو هذا المرض عند الاناث من أوائل خطواته الى أواخر أدواره لمجرد اعطاء القارىء فكرة موجزة عن سير هذا المرض عند النساء : -

القرحة الزهرية الأولية — وكيف تكون : القرحة الزهرية الاولية قد تنتج عند النساء كما تنتج عند الرجال ولنفس الاسباب ، ولكن الطبيعة أرادت للذكور والاناث أعضاء خاصة بكل جنس منهما ، وأرادت هذه الطبيعة لهذه الاعضاء تكويناً خاصاً . ومما لا بد منه أن يخضع هذا التكوين لكل عوامل الحياة التى تعرض هذه الاعضاء للصحة أو المرض ، ولذلك فان العوامل التى تعرض هذه الاعضاء للصحة أو المرض هى أهم العوامل التى ينتج عنها بقاء هذه الاعضاء سليمة أو مريضة . ولذلك نبدأ بذكر أهم العلامات التى تكوّن هذا المرض عند الاناث : -

(١) القرحة الزهرية الأولية - الشانكر عند النساء

(١) **القرحة الزهرية** عند الاناث : - قد تظهر القرحة الزهرية عند أى فتاة أو شابة أو امرأة[١] وعلى أى جزء من جسمها بدون أن تثير أى علامة ايكلينيكية ظاهرة بوضوح لها قيمتها لتشخيص المرض .

---

(١) قد تظهر قرح زهرية على الشفر الكبير او الصغير لفتاة او شابة مفروض فيها النقاوة أو الطهارة التناسلية بمجرد قيام شاب موبوء بقرحة زهرية بالعملية التى يسمونها « الاحتكاك » مع مثل هذه الشابة ، وبذلك ينتج عند هذه الشابة مرض الزهرى . وكثيرات من الشابات يعتقدن ان مجرد ظهور اعضاء الشبان بمظهر نقى يدل على انهم فى حالة صحية تناسلية نقية من المرض، وهذا خطأ، وأحيانا يكون خطأ فاحشا ، وكثيرون من الشبان يعتقدون أن مجرد ظهور الشابات فى حالة تناسلية صحية يدل على انهن صحيحات سليمات ، ويمكننى ان اؤكد للجنسين حقيقة ثابته لاشك فيها ، وهى انه « اذا كنت كامرأة لك فانى لغيرك من الرجال » والحقيقة الأخرى هى « اذا سمحت لأن اقدم نفسى لك كرجل فهل تؤكدين لى انك لم تقدمى نفسك لرجل غيرى ؟ وعلى كل حال فهل انت كامرأة لست مريضة ؟ » فاذا وضع الذكور والاناث هذه الحقائق امام اعينهم فيمكنهم بسهولة ان يذكروا العناية باستخدام طرق الوقاية من الزهري .

(٢) القرحة قد تظهر على عضو تناسلى أولى أو عضو تناسلى ثانوى ، كالثدى أو الفخذ أو العجزين كعضو تناسلى ثانوى ويتعذر تشخيصها ولو مبدئياً : يحصل هذا فى القرح الاولية التى تظهر على السطوح المخاطية للفرج أو الشفرين وهذه القرح تحتاج عادة لفحص القرحة « ميكروسكوبياً » لأن اكثرية القرح التى تظهر على السطوح المخاطية عند النساء - لوجود سطح مخاطى رطب معرض للعدوى الثانوية بميكروبات أخرى - قد يتعرض للعدوى بميكروبات غير ميكروبات الزهرى تذهب ولو قليلا معالم القرحة الزهرية ، ولذلك يجب عمل عينة من هذه القرح لتفحص ميكروسكوبياً للتحقق من وجود سبيروشيتا پاليدا . وأما القرح التى تظهر على الثديين أو العجزين عند النساء فلا يكفى فى تشخيصها مظاهر القرح الاكلينيكية كما هى عند الذكور بل يجب عمل الفحص الميكروسكوبى لأن النساء معرضات للتلقح بميكروبات قرح أولية تنتج عندهن قرحاً جديدة على أية منطقة بعيدة عن القرح الأولية .

(٢) *أهم الاعراض الاكلينيكية لتشخيص الزهرى النسائى :*

(١) ظهور القرح الزهرية على الفرج أو الشفرين أو المهبل مع وجود التحليل الميكروسكوبى الايجابى للسپيروشيتا پاليدا فى القرح التى تظهر فى هذه المناطق .

(٢) وحود « أوزيما متصلبة » "Indurated Oedema" على شفر واحد أو الشفرين للفرج عند المرأة مع وجود قرحة أو ما يشبه - اكلينيكياً - قرحة زهرية ، وهذه الاوزيما المتصلبة أو المتحجرة تعتبر عادة - من الوجهة الاكلينيكية - من أحسن العلامات لتشخيص الزهرى النسائى .

(٣) *ظهور بعض التقرحات على سطح عنق الرحم* : هذه التقرحات قد تظهر فى شكل حبيبات أو بثور صغيرة أو كبيرة على « الشفة العليا » أو « الشفة السفلى » لعنق الرحم عند فحصه بالمنظار ، وقد تظهر بشكل تقرحات متسعة (راجع الرسم نمرة ٢٢ فى صحيفة ٨٨) ، وراجع أيضاً (الرسم نمرة ٣٨ صحيفة ١٥٠) .



رسم (٣٨) تقرحات زهريه دمبرية على الشفة السفلى لعنق الرحم عند سيدة ، ويرى الشفه العليا لعنق الرحم متضخمة ايضا وكانت الغدد متضخمه فى اكثر مجموعات الغدد بالجسم .

(٤) **مجموع التقرحات الزهرية الثانوية على اعضاء النساء التناسلية الأولية**
يكون تشخيصها ايكلينيكيا صعبا أو شاقا أو بلغة فنية أدق يكون محتاجا الى عناية اكبر من تشخيص حالات زهرية أقل خطورة ، والسبب فى ذلك يعود الى أن هـذه التقرحات تظهر عادة على سطوح مخاطية كسطوح الشفر الكبير أو الصغير أو كسطوح المهبل الداخلية أو سطح عنق الرحم المخاطى بطبيعته أو كسطحى الفخذين الداخليين مع قربهما من سطحى الفرج السطحيين مع ما يحيط بهما من « العرق » أو كل الافرازات التى تنتج عن تلاصق سطوح مخاطية بسطوح مقفولة من الأفخاذ أو العجزين .

(٥) **الغدد المتورمة او الغدد المتضخمة حول منطقة الأعضاء التناسلية او بين مناطق الجسم المختلفة** : أهم هذه الغدد التى قد تتورم أو تتصلب أو تتضخم هى الغدد التى ذكرناها عند ذكر الغدد عند الذكور . وأما الغدد التى تتضخم عند الأناث نتيجة لقرحة زهرية على واحد من الثديين فهى غدد تحت الأبط وأحيانا جميع مجموعة الغدد التى فى العنق وتحت الفكين والذراعين ، وفى بعض الحالات الغدد الصدرية أيضا .

(٦) « **الحلميات الرطبة** » — تظهر فى اكثرية الحالات عند النساء فى دور تعميم العدوى حلميات رطبة سطحها يشبه القطيفـة الناعمة الحمراء التى يكون سطحها رخو منشع بالماء .

(٧) **الناسور الزهرى النسائى** : - ليس الناسور من علامات الزهرى القاطعة ولكنه قد يصير فى بعض الحالات علامة ايكلينيكية قاطعة عند ما يكون بصحبة علامات قوية فى تاريخ المرض وتطوره مع ما يصحب ذلك من اكتشافات ميكروسكوبية أو بكتيريولوجية لها أهمية خاصة فى التشخيص .

والناسور الزهرى عند النساء الذى له هذه القيمـة عادة هو « ناسور بولى » نتيجة تقرحات ثانوية وهذا نادر ، أو نتيجة صمغيـة زهرية ، وأما الناسور الشرجى

النسائى فليس بنادر بغض النظر عن سببه الزهرى لأنه يحدث بنسبة أكثر فى حالات الولادة وغيرها .

(٨) **الآلام الصدرية** تكثر عند النساء فى «دور تعميم العدوى الزهرية» عنها عند الرجال ، لأن الثديين قد يتأثران فى هذا الدور عند النساء اكثر من تأثرهما عند الرجال لصغر حجم وقلة نشاط الثديين عند الرجال .

(٩) **الاجهاض** — أى « السقط » — (ابورشن) المتوالى فى اكثرية الحالات ، والاجهاض الواحد فى بعض من الحالات ، والاجهاض المتعدد لمرتين أو لثلاث أو أربع مرات فى اكثرية الحالات يكون سببه مرض الزهرى المكتسب أو الوراثى [1] .

(١٠) **وجود صفيحات زهرية حول الثديين او الشفرين** - ومن أهم العلامات التشخيصية فى هذه الحالات هى وجود علامات بعض الألم فى الثديين عند الأناث ووجود بعض علامات الالتهاب فى الأوردة المحيطة بغدد الثديين .

(١١) **الصلع** : - ينتشر الصلع الزهرى فى شعر النساء اكثر من انتشاره فى شعر الرجال ، وكثيرون يظنون لهذه اللحظة أن الصلع - بأنواعه المختلفة ، عند الرجال والنساء - لا يعالج ، والحقيقة التى لا شك فيها انه مرض كغيره من الأمراض يعالج كما يعالج الرمد الصديدى وكما يعالج التهاب الرحم والمبيضين وغيرهما .

---

(١) كلمة صغيرة من الزهرى الوراثى بمناسبة ذكر الزهرى الوراثى فى موضوع — الاجهاض — اى السقط عند النساء . كثير من النساء يجهضن — أى يحدث لهن « السقط » . وتظن كثيرات منهن أن هذا « السقط » حدث لهن بالصدفة ، والحقيقة هى ان اكثر من تسعين فى المائة من حالات الاجهاض أى السقط يكون سببها مرض الزهرى الوراثى أو المكتسب عند الزوج أو الزوجة، وأما اعتذار المرضى دائماً بأن « والدى ووالدتى كانا من أحسن الناس خلقا ، وعائلتنا ليس بها مرض » فهذا قول يجوز الرد عليه بقولنا « واذا كانت كل تواريخنا التناسلية نقية من الامراض فى جميع عائلاتنا فمن أين جاءنا المرض التناسلى أو غيره من الامراض ؟ »

الزهرى الخبيث

(سيفيليس ماليجنا)

لا يختلف الزهرى الخبيث عن الزهرى العادى فى أنه مرض الزهرى بعينه . ولكنه زهرى شديد جداً لدرجة تستلفت النظر أعطته هـذا الاسم لطريقة سيره وتقدمه عند المريض . ويتميز عن الزهرى العادى بقصر أدواره الأولية فدور الحضانة قصير (راجع صحيفة ٣٦) وبعد ذلك يأتى دور القرحة وتنمو القرحة فى الزهرى الخبيث وتكبر وتتسع وتفتك بالجزء الذى تنمو عليه بالجسم فتكا شنيعاً وسريعاً (راجع رسم ٢٤ حرف ١ صحيفة ٩٢) وتتقرح تقرحاً شديداً وبعد ذلك بقليل يبتدىء دور تعميم العدوى ويكون الشانكر باقياً وربما كان لا يزال يتقرح ويتسع حينما تعم العدوى الجسم وتبتدىء أشكال الطفح الزهرى العادية تظهر ويندر ظهور طفح اللطخ أو طفح الحليمات ويكثر ظهور طفح البثور فى الزهرى الخبيث : ويبتدىء سطح البثور يتقرح بسرعة وتتسع البثور بسرعة أيضاً وتختلط ببعضها فيصل حجمها لاتساع المليم أو القرش الصاغ أو الخمسة قروش أو الريال ، وتكون بأشكال منتظمة وأحياناً تكون غير منتظمة ، ويكون سطحها مغطى بقشرة سميكة صفراء أو صفراء خضراء رمادية متسخة تشبه فى شكلها الحمزاء الزهرية (روبيا سيفيليتيكا) . وأحياناً يوجد بجوار هذا الطفح بعض حليمات كبيرة متصلبة جداً وكثيراً ما تظهر فى سطحها بثور صغيرة تتسع وتتقرح ويظهر حولها حليمات أخرى وهكذا فيكون الطفح متعدد الأشكال . ويصحب الطفح فى الزهرى الخبيث أعراض عامة كثيرة كفقر الدم وأوجاع روماتزمية بالمفاصل والعظام والام بالرأس تسمى صداع الزهرى الخبيث ، وارتفاع فى درجة الحرارة فتصل الى ٤٠ أو ٤١ درجـة سنتيجراد . وأحياناً يتورم السمحاق (بيريوستيوم) فى عظام كثيرة بالجسم خصوصاً عظام الساق والذراع . وأحياناً تظهر الأعراض التى يكثر ظهورها عادة فى الادوار المتأخرة فى الزهرى العادى وتظهر مبكرة فى دور تعميم العدوى فى الزهرى الخبيث كأنواع الشلل التام أو الجزئى أو

(التابيس) أو الصمغيات الزهرية وغيرها من الأعراض فى الأعضاء الداخلية كالكبد والطحال أو العيون . وأحياناً يشعر المريض بآلام شديدة بالعظام أو تحصل تقرحات زهرية بالأغشية المخاطية الداخلية كغشاء البلورا — غشاء الرئتين — أو كغشاء القلب أو فى سطح الامعاء. وينتج عن هذه التقرحات نزيف داخلى قد يودى بحياة المريض فى بعض الحالات .

وعلى العموم فيعتبر ظهور الزهرى بهذا الشكل الخبيث كعلامة خطرة لمستقبل المريض وكداع مهم لتقوية العلاج وملاحظة المريض جيداً لأن أكثر حالات الزهرى الخبيث تنتهى بنوع من الشلل أو بأمراض خطيرة أخرى .

ولوحظ [١] انه رغماً عن العلاج فيعود الزهرى لنشاطه خصوصاً فى الثلاث أو أربع سنوات الاولى وتعود أنواع الطفح للظهور بشكلها الاولى ولكن بدرجة ضعيفة، وأحياناً يشبه شكلها شكل أنواع الطفح التى تظهر فى دور رجوع الأعراض بالزهرى العادى فيكثر مثلا ظهور طفح الزهرى المتقرح الثعبانى . وليتذكر القارىء ان الغدد الليمفاوية لا تكون متضخمة بنفس الدرجة فى الزهرى الخبيث أو متصلبة كتضخمها أو كتصلبها فى الزهرى العادى . هذه هى مميزات الزهرى الخبيث وقد لوحظ ان أنواع الطفح الزهرى الخبيث ليست معدية كما هى بالزهرى العادى . ولاحظ بوشكة ان ميكروبات (سپيروشيتا پاليدا) لا توجد بسهولة بتقرحات الزهرى الخبيث كما هى فى الزهرى العادى ولو أنه يمكن تلقيح القردة بأفرازات هذه التقرحات و يظهر عليها الزهرى. وللآن لم يجد العلماء تعليلا قاطعاً لشدة الزهرى الخبيث ولم يعرفوا حقيقته ويمكننا ان نعلل ظهور الزهرى بشكله الخبيث هذا أحياناً بأنه لما يصاب بعض المرضى بالزهرى وتكون حالتهم الصحية ضعيفة وقوة مقاومتهم للمرض الجديد منحطة فيفتك بهم الزهرى هذا الفتك الشنيع السريع اذ لا يوجد فرق ظاهر بين ميكروبات الزهرى العادى والزهرى الخبيث واعتقد أنه لا مانع من وجود تطورات بيولوجية فى تاريخ حياة الميكروب (صحيفة ٢٧) يتسبب عنها فوارق فى شدة المرض وضعفه .

---

(١) بوشكة

ويكثر ظهور الزهرى الخبيث بين العاهرات والممثلين والراقصات وذلك لانهماك أكثر هذه الطبقات فى الملاذ وتعاطى الخمور والسهر المتواصل بدون انقطاع.

ويعالج المرض كعلاج الزهرى العادى الا ان الزهرى الخبيث يتحسن ويتقدم للشفاء فى أدواره المتأخرة باستعمال بعض املاح الزئبق أو البيزموت ويفضلون ذلك على استعمال مركبات الزرنيخ الحديثة — راجع باب العلاج.

سيفيليس دامبليه

قلنا فى صحيفة ٤٨ انه يوجد نوع من الزهرى لا تظهر فيه قرحة زهرية أولية ويسمى هذا النوع (سيفيليس دامبليه) (١) ويعتقد المؤلف ان أكثرية الحالات التى يظنون أنها من هذا النوع هى حالات من الزهرى الذى ظهر فيه شانكر متأكل صغير لم يلاحظه المريض واختفى. ولو ان المؤلف لا ينكر وجود بعض الحالات التى تحصل فيها اصابة بالزهرى بواسطة عدوى مباشرة فى مجرى الدم العمومى كأن يحصل جرح لطبيب فجأة وهو يعالج مريضاً بالزهرى أو كأن يحصل لطبيب مولد عند توليده سيدة مريضة بالزهرى فتنتقل العدوى لدمه مباشرة فلا يظهر عليه شانكر بل يظهر طفح زهرى:—

كما حصل لطبيب بأحد مستشفيات القاهرة عندما كان يولد امرأة من بولاق وقد أتانى وعليه طفح حليمى بثرى ولم تظهر عليه أى قرحة زهرية أولية وتحققت من أنه مصاب بالزهرى بأخذ عينة من دمه و بفحصها وجدت (ع . ف) ايجابية وبعمل العلاج الزهرى شفى الطفح بعد ثانى حقنة من (زيلبر سالفارسان) أى السالفارسان الفضى وقد أصر على أخذ هذا النوع من العلاج لأنه كان قرأ عنه «انه أحسن علاج» و بعد تتميم العلاج شفى تماما وقد عملت له (ع . ف) ٧ مرات فى مدة ٧ شهور. «كانت النتيجة سابية.

أو كأن يظهر شانكر متأكل على عنق الرحم عند سيدة (كالحالة التى ذكرناها فى صحيفة ٦٩) أو كأن تصاب سيدة بشانكر بالرحم عند أخذها العدوى من منى الرجل كما قلنا فى صحيفة ٢٩

---

(١) ليلاحظ القارىء ان هذا النوع من الزهرى يسمى دائما سيفيليس دامبليه فى جميع اللغات أى ان الانكليز والالمان والطليان والروس والاميركان واليابان وغيرهم يستعملون دائما الاسم الفرنسي لان الفرنسيين وضعوا له هذا الاسم ووجد علماء العالم كله ان هذا الاسم يقوم بوصف المرض و بتفسير معناه فلم يضعوا له اسما آخر وهذا ما اضطر المؤلف ليستعمل هذا الاسم بدون ان يجتهد لايجاد ترجمة له بالعربية .

وقصارى القول هو نوع من الزهرى لا يختلف عن غيره من الانواع الاخرى الا بعدم ظهور قرحة أولية ، لأن القرحة الزهرية الاولى لا تظهر الا على المرضى الذين يتعرض جلدهم أو سطوح جسمهم المخاطية للعدوى ولقد فهم القارىء أن العدوى فى هذا النوع تدخل للجسم فى مجرى الدم مباشرة .

الزهرى الوراثى
(كونجينيتال سيفيليس)

قلنا فى صحيفة ٢٨ أن طرق العدوى تنقسم الى (١) العدوى المكتسبة و (٢) العدوى الوراثية . وتكلمنا على النوع الاول والآن نتكلم عن : —

(٢) **العدوى الوراثية** — اذا كان واحد من الوالدين أى الأب أو الأم مصاباً بالزهرى فيولد طفلهما عادة مصاباً بالزهرى . ويسمى هذا النوع بالزهرى الوراثى . وقد كانوا يعتقدون سابقاً أن الوالد وحده هو الذى يورث ابنه المرض أما الأم فانها لا تورث ابنها الزهرى حتى اذا كانت هى مصابة به . ولكننا الآن نعتقد أن أحد الوالدين كاف لانتاج نسل مريض . نعم دارت مباحث طويلة بين العلماء للوصول للحقيقة وأجمعت الاكثرية الحديثة على أن الرأى الأخير هو الصواب . واكثر من ذلك كان يظن البعض أن الأم التى تلد ابناً مريضاً بالزهرى وتكون هى سليمة من المرض لا تنتقل لها العدوى أى لا تصير هى مريضة أيضاً ونحن نظن أن أصحاب هذا الرأى بنوا اعتقادهم على أن الأم فى كثير من مثل هذه الحالات لا تظهر عليها أعراض زهرية معروفة حتى ظهرت طريقة فازرمان لفحص الدم (ع . ف) فبينت خطأ أصحاب هذا الاعتقاد إذ فى كثير من هذه الحالات وجدت (ع . ف) ايجابية عند الامهات . ولكن كثيراً من العلماء العظام أمثال فورنييه وهتشينسون [1] قرروا

---

(١) حتى ان العلامة هتشينسون اعترف بأن اكثرية الامهات اللواتي يلدن اطفالا مزهورين يكن مريضات بالزهرى ويكون المرض عندهن غير ظاهر .
Hutchinson: Syphilis; Cassell & Co, London 1889.

هذه الحقيقة قبل ظهور عملية فازرمان ، واذا راجعنا تجــارب (نيسر)[1] عن التلقيح بميكروب الزهرى وجدنا تعليلا لعدم ظهور أعراض زهرية معروفة على بعض الامهات اذ لاحظ أن تلقيح الجلد أو السطوح المخاطية سطحياً ينتج أعراضاً زهرية واضحة . وتلقيح الطبقات العميقــة للجلد (صبكيوتينيص) لم ينجح الا بمقدار ٤ فى المائة . وتلقيح السطوح المكشوفة من طبقات الجلد كلها وتلقيح داخل البريتون (انيترابيريتونيال) أو تلقيح جروح عميقة أو عقد ليمفاوية لا يكون ناجحاً قط . ومما تقدم يرى القارىء سهولة تفسير عدم ظهور أعراض على أمهات أطفال الزهرى الوراثى إذ أن العدوى تصلهن عن طريق الرحم أى أنها لا تصل عن طريق التلقيح الخارجى للجلد أو لأعضاء التناسل ولذا يستمر الزهرى عندهن مختفياً ، ولكننا نكتفى بما تقدم لأن هذا المبحث يستغرق وحده مؤلفاً اكبر جداً من مؤلفنا هذا . ونذكر اصحاب اعتقاد بقاء الأم سليمة - بعد أن تلد طفلا مريضاً بالزهرى الوراثى من أبيــه - بأن العدوى تكون انتقلت اليهــا هى أيضاً ولا توجد أدلة على صحة ذلك اكثر من ان (ع . ف) تكون ايجابيــة وان فحص المشيمة بعد الولادة أثبت وجود ميكروبات سبيروشيتا بها وانها حملت فى بطنها مريضاً بالزهرى وانها هى وهى الأم السليمة فى نظرهم تظهر عليها أعراض الزهرى المتأخرة كأورام العظام والشالل . . . . الخ فى دور رجوع ظهور الاعراض وان الدورة الدموية للطفل المصاب متصلة تمام الاتصال بالدورة الدموية عنــد أمه السليمة فى نظرهم . والآن نتكلم عن نفس الزهرى الوراثى عند الاطفال :—

اعراضه : - تنقسم أعراض الزهرى الوراثى الى قسمين (ا) الاعراض المبكرة (ب) الاعراض المتأخرة .

(ا) الأعراض المبكرة تظهر عند أو عقب الولادة.ويولد بعض هؤلاء الاطفال عادة بدون أن تظهر عليهم أى اعراض ظاهرة . اذ أن الأطفال الذين يؤثر عليهم الزهرى تأثيراً خارجياً ظاهراً يموتون داخل ارحام امهم قبل الولادة و بعضهم تجهضهم

(١) Neisser: Beiträge zur Pathologie u. Therapie der Syphilis; Berlin: (J. Springer).



رسم نمرة (٣٩) طفل مصاب بالزهرى الوراثى

وترى طفحاً زهرياً من النوع الحليمى البثرى منتشراً على وجهه وصدره وأطرافه . توفى بعد ولادته بأربعة أسابيع .

أمهاتهم فى رابع أو خامس شهر للحمل . وتتركب الأعراض المبكرة عادة من طفح زهرى يظهر على الجلد والسطوح المخاطية وملحقاتهما ومن تغيرات زهرية فى أجهزة الجسم المختلفة وأهمها تأثير الزهرى على الطحال والانف والكبد والعيون والعظام. الا ان (**الطفح الجلدى**) و (**الخنن**) اى تغير صوت الطفل من النغمات الرقيقة الناعمة الى الصوت الأخن الخشن المطموس الذى ينتج عن تأثر سطح الانف المخاطى بالزهرى وما ينتج عن ذلك من تأثر غضروف وعظام الأنف يعتبران أهم الاعراض وأولها فى الظهور.

الطفح الجلدى – يظهر الطفح بعد الولادة بمدة ٣ أسابيع الى ١٠ أسابيع ولو أنه يظهر أحيانا عند الولادة أى يولد الطفل وعليه طفح زهرى . وأحيانا يظهر الطفح متأخراً أى بعد ٣ أو أربعة شهور ويتأخر أحيانا لمدة سنة بعد الولادة . وقد ذكر بعض المؤلفين حالات ظهر فيها الطفح الزهرى بعد سنتين أو ٣ سنوات ولكننى اظن ان الطفح الذى ذكروه كان طفحاً عائداً للظهور (ريكارنت) واظن فى نفس الوقت ان الطفح الأولى كان ظهر بشكل ضعيف جداً لم يلاحظه أهل المريض . وهنا اذكر حالة ربما تفيد القارىء

زارتنى سيدة ومعها طفل عمره ٣ سنوات وعليه طفح زهرى لطخى حليمى وليس عنده اعراض اخرى وبفحص الطفح وجدت بثوراً صغيرة جداً وسط الحليمات ايضا . ومن تعدد اشكال الطفح فكرت فى الزهرى وسألت امه عن تاريخ ولاداتها فعلمت انها اجهضت مرتين وولدت ولداً سليما وبنتا متمرضة دائما . وسألتها عن امراض تناسلية فى عائلتها اى عندها اوعند زوجها فانكرت وجود شىء من هذا . فطلبت احضار الطفلين الآخرين وفحصتهما فوجدت اعراض الزهرى الوراثى ظاهرة على الولد والبنت الصغيرة من انف افطس واسنان هتشينسون. ووجدت اثار الطفح الجلدى الباقية على الشفتين عند البنت بشكل سحجات ملتحمة وسط الشفة السفلى وعلى جانبيها . وبعمل (ع . ف.) للأم والأب والمريض الصغير وجدت النتيجة ايجابية عند الأم والمريض وسلبية عند الأب (وفهمت منه ان طبيبه يعالجه من سنة ونصف وعلاجه هو الزئبق فقط وقد عولج بالزئبق مراراً قبل ذلك ولكنه يأسف لأن اولاده يولدون هكذا) ولذا قررت ان الحالة حالة زهرى وراثى عند الطفل وعالجته وشفى تماما . ولكننى سألت الام عما اذا كان ظهر عليه طفح جلدى قبل الان فاكدت انه لم يظهر عليه اى طفح غير انها لاحظت ظهور احمرار على جلده فى شكل لطخ واسعة منفصلة عن بعضها لما كان عمره شهراً واحداً وسألت جارتها عنه فقالت لها ان هذا امر بسيط وأعطتها مرهما زئبقيا عندها كان يستمله زوجها وقالت لها « ادهنى ابنك يا اختى مره كل ليله من ده وهو يطيب » . وفعلا ذهب الطفح .

ومن هذه الحالة يرى القارىء أن ما لاحظته الام كان طفحاً لطخياً أو وردية زهرية وباستعمال الزئبق اختفى . وان الطفح الذى رأيته أنا بعد ٣ سنوات كان طفحاً عائداً للظهور كما قلنا . ولا يختلف الطفح فى الزهرى الوراثى عنـه فى الزهرى المكتسب اذ يظهر بشكل لطخ أو حليمات او بثور . . الخ ويكون متعدد الاشكال ولكن تعدد الأشكال فى الزهرى الوراثى قليل اللهم الا فى زهرى البثور اذ تظهر بثور مع اى طفح آخر فترى طفحاً لطخياً بثريًا او حليمياً بثريًا وهكذا . واكثرطفح يظهر فى الزهرى الوراثى هو **الطفح الزهرى اللطخى** ويظهر عادة بشكل لطخ متسعة مستديرة فى شكلها ولو أنها تظهر أحياناً باشكال غير منتظمة ويكون لونها اصفراً قاتماً أو احمراً نحاسياً او نحاسياً قاتماً ويكثر ظهور قشور صغيرة على هذه اللطخ وتظهر عادة على الاليتين وتمتد الى أسفل الاليتين على الفخذين وتظهر على الاطراف بالجهات القابضة (فليكسور) . وتظهر على الوجه او الصدر وأحياناً ينتشر الطفح على الجسم كله . وعند ما يظهر الطفح على اى نقطة من الجسم يكون جافاً مغطى ببعض القشور الصغيرة ولكن عند ظهوره على الاليتين يتسخ من الغائط وتبويل الأطفال فيصير طفحاً زهريًا متسخاً وأحياناً يظهر بشكل اكزيما زهرية . ولا توجد مشقة فى تمييز الطفح اللطخى الزهرى من باقى أمراض الجلد المختلفة اذا لوحظ شكل الطفح وانتشاره خصوصاً حول الانف وزوايا الفم وبالجهات القابضة للاطراف . ولا نذكر القارىء بأن تعدد الأشكال بالطفح من أحسن مميزات الطفح الزهرى وان تشخيص الزهرى يحتاج لتذكر باقى أعراضه . ولا تختلف اشكال الطفح الاخرى كالطفح الحليمى أو البثرى . . . الخ عنها فى الزهرى المكتسب .

ويظهر على الاطفال أحياناً طفح البثور الملتحم . وكما ذكرنا فى صحيفة ١٠٨ يسميه العلماء حينئذ الفقاع الزهرى . ولكن هذا الطفح لا يكون عادة من نوع الفقاع الزهرى فى كل الجسم بل يكون مصحوباً بطفح اللطخ الزهرى . ولما يظهر الفقـاع الزهرى (بمفيجوس سيفيليتيكوس) يعتبر نذير سوء إذ انه من علامات الخطر على حياة الطفل وهو يظهر عادة عند الولادة أو بعدها بقليل أى فى المدة التى يكون الطفل فيها عاجزاً تماماً عن مقاومة أى هجوم ولو بسيط على جسمـه فما بالك بطفح بثرى كهذا



(رسم نمرة ٤٠)

(١) ولد تأكلت عظام أنفـه بالزهرى الوراثى فى دور الاعراض المتأخرة ويرى القارىء التشويه العظيم الناتج عن ذلك فى وجه المريض «راجع صحيفة ١٦٣» (بوشكه) .

(٢) طفح حليمى لطخى منتشر على سطح جسم طفل مصاب بالرهرى الوراثى ونستلفت نظر القارىء لتكل الخمول والتمرض الظاهرين على الطفل (بوشكه) .

(٣) طفل صغير عنده تشقق أى سحجات على شفتيـه نتيجة الزهرى الوراثى (راجع صحيفة ١٦٣) .

وفى بعض الحالات يظهر طفح يشبه الجدرى (ڤاريولويد) وهو يظهر على الوجه حول فتحات الأنف وعلى الشفتين وعند زاويتى الفم وتكون به فقاقيع تشبه (هر پس الحميات) وكثيراً ما تقود هذه الفقاقيع الطبيب لتشخيص الحالة كنوع من الحمى كالتهاب رئوى (پنومونيا) أو التهاب شعبى رئوى (برونكو پنومونيا) مع ان عناية صغيرة فى التشخيص كانت تقوده لتشخيص الزهرى الوراثى حالا .

هذا وصف اجمالى للطفح الزهرى الوراثى

وعلى العموم تظهر أنواع الطفح الزهرى على الاليتين أو الاطراف بجهاتها القابضة (فليكسور) ، أو بأسفل البطن وعلى الوجه حول فتحات الأنف وحول الفم والعيون خصوصاً على حاجبى العيون . ويعتبر ظهور الطفح داخل الأيدى أو بطن القدم[١] من العلامات القوية المشخصة للزهرى ويكون الطفح هناك من نوع الطفح المنتشر على الجسم أو بشكل قشور صغيرة .

ملحقات الجلد — يكثر سقوط الشعر فى الزهرى الوراثى ويكون غير لامع كالشعر السليم . ويكون نحيفاً رقيقاً وقصيراً بالنسبة لطوله عند الاطفال غير المزهورين وتوجد بعض قشور على فروة رأس الطفل . ويظن بعضهم أن الشعر ينمو بجوار بعضه ويكون كثيفاً فى الزهرى الوراثى ويظهر لى ان هذا الاعتقاد غير صحيح لأننى رأيت أطفالا كثيرين بشعور كثيفة تشبه شعر السيدات وليس بهم أى أعراض زهرية .

وأما الاظافر فأنها تصاب بالداحس الزهرى أو خارج الداحث الزهرى حيث يوجد صديد على جانبى الظفر أحياناً . وتصاب كل الأظافر أو بعضها وغالباً يظهر مرض الأظافر على ظفر واحد . وتصاب أظافر الأيدى والاقدام وتكثر أصابة أظافر الايدى . ولم أر أكثر من ٩ حالات للآن وأظن ان مرض الاظافر من الأعراض القليلة الانتشار فى الزهرى الوراثى .

---

(١) راجع صحيفة ١٠٤

زهرى السطوح المخاطية - تلتهب السطوح المخاطية كلها خصوصاً سطح **الأنف** « رينيتس Rhinitis » فيصير جافاً وينتج عنه (الخنف) عند الاطفال فيصير صوتهم خشناً بشكل مخصوص يفهمه الاطباء عند سماعه ولو مرة واحدة ، وينقرح قليلا فقليلا حتى يصل تقرح السطح المخاطى الى غضروف الانف الذى يبتدىء يتأكل فينزل الانف شيئاً فشيئاً عند جزئه الاعلى فيصير المرض كما يصفونه أحياناً « بأنف نصف أفطس » . وتكون رائحة الفم كريهة من التقرحات المستمرة بها وتقف هذه التقرحات فى طريق نمو عظام الأنف فتنمو الانف بشكل قبيح يعطونه وصف أنف « مثل سرج الحصان » (سادل نوز) وتستمر الانف التى تتخذ هذا الشكل حتى يكبر الطفل وهى هى لا تتغير حتى بأحسن علاج [1] ويعتبرون شكل الأنف هذا (صورة ١ برسم ٤٠ صحيفة ١٦١) من أحسن العلامات المشخصه للزهرى .

وربما كانت التغيرات الزهرية بالشفتين علامة أحسن لتشخيص الزهرى الوراثى من تغيرات الانف وأول تغيير يحصل فى الزهرى الوراثى هو ضياع ظهور الخط الفاصل (لين أوف ديماركيشن) بين سطح الجلد والسطح المخاطى أى السطح الاحمر فى الشفة - خصوصاً الشفة السفلى - على طول هذا الخط ويحصل فيه ارتشاح (اينفيلتريشن) ويصير خشناً أحمراً أو أحمراً نحاسياً ويبتدىء سطح الشفة المخاطى الأحمر الجميل عند الأطفال يلتهب فيصير جافاً خشناً ويتشقق أى تحصل فيه سحجات (راجيدز) ، وتعتبر هذه السحجات من العلامات المميزة للزهرى الوراثى فى أدواره الأولية (راجع رسم ٣٩ ورسم نمرة ٤٠ رقم ٣) وتبقى التحامات هذا التشقق مدى الحياة وتكون علامة على فم المريض - اذا لم يعالج بسرعة - تشهد بأنه كان عنده الزهرى الوراثى ويظهر هذا التشقق عادة بطرفى الشفتين العليا والسفلى وتتجه السحجات بالشفة العليا بارتفاع جهة الأنف وبالشفة السفلى بانخفاض نحو الذقن وكما ان تقرحات الشفة من الاعراض المبكرة فى الزهرى الوراثى فأنها كذلك من الأعراض المتأخرة . ولا توجد مشقة فى تشخيص زهرى السطوح المخاطية بالزهرى الوراثى ولكننى استحسن

---

(١) يعملون الآن انوفا صناعية فى المانيا وفرنسا وأسوج لاصلاح هذا الشكل صناعيا عند الاطفال وعند الرجال الذين تتلف انوفهم التقرحات الزهرية المختلفة .

الفات نظر القارىء الى مرض ربما يخطىء الطبيب و يظنه زهريا وراثيا وهو التهاب الجلد المتقشر (ديرماتيتيس ايكسفولياتيفا) حيث يحصل تقشر عام على سطح الجلد أحيانا فتنكشف مساحات مختلفة يكون لونها أحمراً دمويا و يحدث هذا حول الفم أيضاً وعلى الشفتين فلا يختلف المرض فى شكله الظاهرى كثيراً عن الزهرى الوراثى ، ولكن اذا لاحظ الطبيب ان الطفح فى المرض الجلدى ينتشر على الجسم كله الا داخل الأيدى وعلى بطن القدم وانه لا يوجد تشقق حقيقى على الشفتين بل تسلخات غير منتظمة وليست فى خطوط مستقيمة فى عرض الشفة كالزهرى الوراثى وأن الطفح ينتشر على اللسان وعلى كل السطح المخاطى للفم وهذا مالا يحصل بانتشار فى كل الفم فى الزهرى الوراثى وان (ع . ف) تكون سلبية دائماً وأنه لا يوجد تاريخ لمرض الزهرى فى العائلة و و و . . . الخ أمكنه تشخيص الحالة بسهولة .

باقى الاعراض المبكرة فى الزهرى الوراثى

تصاب العظام بالتهابات مختلفة فى الزهرى الوراثى وتحصل الاصابة فى نقط مختلفة من العظمة فى الحالات المختلفة . فيرى التهاب بمراكز نمو العظام المستطيلة عند أطرافها (ايبيفيزيز) وبجسم العظمة (بودى) . ويحصل التهاب داخل العظام (ايندوستيال) ، أو بالسمحاق (سيفيليتيك بيريوستيتيس) ويكثر ذلك فى الأطفال المزهورين ما بين السنة السادسة الى السنة الرابعة عشر كما سترى فى الجدول (١) صحيفة ١٧٢ عن الزهرى الوراثى و. و. و. وهكذا . . . الخ من التهابات العظام المختلفة . وتصاب عادة العظام الطويلة أولا واكثرها اصابة عظم العضد (هيوميرص) فعظم الكعبرة (ريديص) فعظم الزند (النا) فعظم الفخذ (فيمر) فعظم القصبة (تيبيا) فعظام اليدين[1] والقدمين فعظام الجمجمة . وتظهر أعراض اصابة هذه العظام فجأة أو تدريجيا وتظهر عقب الولادة مباشرة أو تتأخر نوعاً بعدها . ويصف أهل المريض اعراض المرض عند الطفل بقولهم أنه لا ينام كثيراً ويبكى

(١) راجع رسم نمرة ٣٥ بند (٢) صحيفة ١١٧

ويصرخ اذا حمله انسان من ذراعه او اذا لمسه شخص فى ساقه أو فخذه . . . الخ، ويظهر عادة ورم قليل حول العظمة الملتهبة،وأحياناً يلاحظ الطبيب شبه شلل وانحطاط فى قوى وسمك العضلات المحيطة بالعظام الملتهبة وهذا ما يضطر أهل المريض للشكوى من ان ضعفاً ظهر على ذراع الطفل أو ساقه مثلا .ونستلفت نظر القارىء الى التغيرات العظمية التى تحصل فى عظام الجمجمة اذ تكون عظمة مؤخر الرأس (اوكسيبيتال بون)، وعظمة الجدار (باريتال بون) رقيقتين جداً فى وسطهما ، ويمكن الطبيب أن يضغط هذه العظام فيشعر بمرونتها تحت أصابعه . وأحياناً تتضخم عظمتا الجبهة (فرنتال بونز)، وعظمتا الجدار (باريتال بونز) ويتكون باجتماع الاربع عظمات شكل صليب فوق رأس الطفل،[1] وهذا الصليب عندما يتكون يكون من احسن العلامات للزهرى الوراثى.

ولضيق المقام نقتصر هنا على ما تقدم ونتكلم عن التغيرات الزهرية **بالطحال** اذ يكبر الطحال ويتضخم ولوحظ ذلك فى ٤٠ فى المائة من حالات الزهرى الوراثى وخصوصاً فى حالات الزهرى الوراثى عند الأطفال فى بدء حياتهم أى من يوم الولادة الى سنة أو سنتين من أعمارهم ، ويمكن تشخيصه بالفحص باليد (پالپيشن) فيشعر الطبيب ان الطحال كبير ونازل عن حافة آخر ضلع بمقدار سنتى ونصف الى ٤ سنتى بالجهة اليسرى للجسم . ويعتبر كثيرون من العلماء كبر الطحال وتضخمه من أحسن علامات الزهرى الوراثى ولو ان الكبر والتضخم يحدثان فى أمراض أخرى بالأطفال كالانيميات المختلفة والسل مثلا ولكن يمكن التمييز بينهما بمراعاة باقى أعراض المرضين.

وأما باقى الأمراض فتنحصر فى تضخم أو التهاب بعض الغدد الليمفاوية ويكثر هذا عند الأولاد ما بين السابعة والثانية عشر وسيأتى ذكره فى الأعراض المتأخرة ولو أنه يظهر أحياناً ما بين السنة الثانية والخامسة ويندر ظهوره عقب الولادة مباشرة ،وفى تغييرات فى الجهاز الدموى كالتهابات مزمنة بالشرايين والاوردة وما ينتج عنها من التأثير فى باقى أعضاء الجسم ، وكبعض اضطرابات فى التركيب الداخلى لأغشية القلب.واما التغييرات التى تصيب الكبد فتنحصر فى تضخم فى حجم الكبد أو فى ظهور صمغيات

---

(١) يعطون هذا الاسم Hot Cross Bun Head. فى المؤلفات الانجليزية لشكل الرأس الذى يظهر به هذا الصليب فى تكوين عظامه .

زهرية صغيرة، وفى بعض الحالات النادرة يكون ظهور هذه الصمغيات سبباً فى يرقان الطفولة (ايكتيروس نيوناتوريوم) الذى يظهر أحياناً عنـد الاطفال ولكننى لم أر الا ثلاث حالات من هذا النوع ، وتضخم الـكبد يظهر فى السنة الاولى من حياة الطفل المزهور ويمكن أن يظهر أيضاً فى سنى حياته بعدئذ وهذا قليل الحدوث .

وأما **الصمغيات الزهرية الكبيرة** التى تظهر فى الزهرى المكتسب فنادرة جداً ان لم تكن معدومة فى الزهرى الوراثى .

وقد رأيت حالات تضخم فيها البظر (كليتوريس) عند ٣ فتيات نتيجة الزهرى الوراثى ولم اكن قرأت او سمعت عن حدوث مثل هذا المرض . ومن الغريب ان الفتيات كن اسرائيليات وكن اقارب اى من عائلة واحدة . وللآن لم اتمكن من تعليل ظهور هذا العارض عليهن وغاية ما وصلت اليه من التعليل هو انه توجد دائما علاقة بيولوجية بين جميع الأمراض العائلية والسبب فيها هو وجود ارتباط نسبي عائلي بين كريات الجسم ونموها وخضوعها لانواع المرض وربما وجدت علاقة بين نوع الميكروبات من حيث نموها وتقدمها وفتكها فى أنواع المرض المختلفة عند ما تكون فى اجسام عائلة واحدة . والاعراض التى كان يشتكى لها أهل الفتيات هى ملاحظتهم ان الفتيات كن يلمسن البظر دائما وباستمرار . وعند فحص البظر لاحظت انه متضخم قليلا وتحيط به مواد بيضاء صفراء لزجة تشبه افراز الحشفة (سميجما) ولكن لونها اكثر اصفراراً، وقد تمكنت من اقناع واحدة من والدات هذه الفتيات الثلاث بفائدة (عملية الطهارة) وعملتها انا وبترت البظر وقلفته الصغيرة وجهزته لفحص باتولوجى وبفحصه لم أجد به ميكروبات سبيروشيتا باليدا بل وجدت به كريات ضخمة (جيانت سيلس) متعددة ووجدت تضخما قليلا بالشرايين وبالعلاج الزهرى ذهبت جميع اعراض المرض واصبحت (ع .ف .) سلبية بعد ان كانت ايجابية.

وتحصل تغييرات زهرية **بالعين** مثل التهاب عصب النظر (او بتيك نيوريتيس) وخور عصب النظر (او بتيك اتروفى) والتهاب بالقزحية (ايريتيس) والتهاب منتشر بالمشيمية بالعين (ديسسيمينيتيد كوريويديتيس) ، واكثر هذه الأعراض ظهوراً هو التهاب المشيمية بالعين ويليه مرض « التهاب قرنى بين الأغشية - انيترستيشال كيراتيتيس Interstitial Keratitis »ولكنه يظهر عادة ما بين السنة السادسة والسنة الرابعـة عشر فى الزهرى الوراثى ولذا سيأتى ذكره فى الأعراض المتأخرة . وتلتهب الرئتان فى الزهرى الوراثى وأهم نوع يظهر هو التهاب شعبى رئوي (برونكو پنومونيا)، ويظهر نوع آخر هو التهاب الرئة الابيض (هويت برونكو پنومونيا) ويظهر بوضوح

عادة فى قاعات التشريح بعد الموت ولو ان بعض العلماء ذكروا (١) حالات من هذا المرض عند أطفال عمرهم من ٩ الى ١٤ شهر.

وتظهر اعراض أخرى بالمعدة والامعاء والبريتون والكلى. وقد تتأثر الخصيتان بالزهرى الوراثى ولكن حصول ذلك نادر جداً وقد لا يتعدى ٢ أو ٣ فى المائة من أكثرية الحالات.

ويتأثر الجهاز العصبى بالزهرى الوراثى وأهم ما يظهر عليه هو التهاب اغشية المخ، وأحياناً يكون مصحوباً بالشلل العام وأحياناً يظهر الشلل العام وحده. وعند ما يكبر الطفل ويصير عمره ٦ الى ٩ سنوات يظهر عله ضعف فى قواه العقليـة ويصل هذا الضعف أحياناً الى درجة البله (ايدياسى) وقد يظهر هذا البله فى سن أصغر من هذا. وننصح القارىء بمراجعة كل ذلك فى مؤلفات اطول.

وقبل أن نختتم هذا الباب نذكر بعض اعراض أخرى تظهر فى الزهرى الوراثى وهى الحمى واضمحلال جسم الأطفـال وتهيجهم المستمر. وقد لوحظ نوع من الحمى يستمر مرتفعاً مدة ٤ أو ٥ أيام ويصل الى درجة ٣٩ أو ٣٩،٥ سنتيجراد وينخفض ويستمر فى انخفاضه ويرتفع قليلا لمقدار نصف درجة وينخفض وهكذا حتى يصل للدرجة الاعتيادية بعد بضعة أيام

ولوحظ ان جسم الطفل يحصل فيه اضمحلال ونقص فى الميزان مستمر اللهم الا اذا عمل العلاج اللازم. ولوحظ ان أول عارض يظهر على الأطفال المزهورين هو تهيج مستمر فبعد ان كان الطفل هادئاً ساكناً يبتدىء يبكى ويصرخ ويتحرك ولا يريد أن ينام ولا يحتمل حركة بجواره ولا يطيق لمساً فى يده أو ذراعه أو سـاقة وذلك يعود للالتهابات الزهرية فى عظام الذراع وخصوصاً فى عظام الساق، ويكثر حدوث ذلك ليلا، (راجع اسفل صحيفة ١٦٤ وصحيفة ١٦٥).

ونرى أن نذكر هنا عارضين يكثر ظهورهما فى أواسط دور الاعراض المبكرة فتظهر على أطفال الزهرى الوراثى فى أول سنة من حياتهم اورام ثؤلولية

---

(١) Carpenter: Rep. Soc. Dis. Child. 1908, Vol 8.

(كونديلوماتا)، وأحياناً يتأخر ظهور هذه الأورام الى سنتين أو الى ٥ أو الى ٦ سنوات ، ولا تختلف فى شكلها وطريقة نموها عن مثيلاتها فى الزهرى المكتسب — راجع صحيفة ٩٦ — الا انها أحياناً تتقرح وتشبه فى شكلها القرح المزمنة ويكون سطحها نازلا عن سطح الجلد الذى حولها وتكون حافتها محفورة من تحت (انديرميند). وتعتبر هذه الأورام من العلامات المؤكدة لتشخيص الزهرى إذ لا يوجد مرض آخر يتسبب عنه عادة ظهور مثل هذه الأورام عند الأطفال . وتظهر عليهم **اكزيما الشفتين** (اكزيما اوريس) أحياناً فى دور الاعراض المبكرة ولو ان هذه الاكزيما تعتبر من العلامات التى يكثر ظهورها فى أواخر دور الاعراض المبكرة أى لما يكون الطفل فى الثالثة أو الرابعة من عمره، وتختلف الاكزيما المبكرة عن الاكزيما المتأخرة بوجود تقرحات متسعة ومنتشرة على الشفتين فوق سطح الشفتين الاحمر، ويصل التقرح لجلد التشفتين، بعكس الاكزيما المتأخرة التى تظهر بشكل اكزيما جافة ليس بها تقرحات ولا تنتشر على الشفتين بل تنتشر على حزء صغير أو كبير من شفة واحــدة أو على الشفتين لما تكون عند زاوية الفم ، ويكثر ظهورها على زاويتى الفم فتنتشر وتتسع بشكل (مروحة) صغيرة على جانبى الفم ، وأحياناً تنتشر على الشفتين والوجه كله ، ولــكن لونها يكون أحمراً وسطحها مغطى بقشور وفى بعض الحالات يوحد على السطح المصاب بهذه الاكزيما افراز مصلى دموى أو مصلى وعند ما يجف هذا الافراز تتكون منه قشور (كراستا) تكون صعبة الانتزاع . ولوحظ [١] ان هذه الاكزيما فى دورى الزهرى الوراثى تقاوم العلاج ولا تشفى بسهولة وانها تكون أحياناً مصحوبة بعلامات أخرى قوية مساعدة على تشخيص الزهرى .

الاعراض المتأخرة فى الزهرى الوراثى

تتركب الاعراض المتأخرة من اعراض جلدية واعراض بباقى أجزاء الجسم . فالاعراض الجلدية تتركب غالباً من صمغيات كبيرة بعض الكبر فى حجمها منفردة تظهر

---

(١) Watson & Findlay. The Lancet, March 29th, 1914

على الجلد أو السطوح المخاطية ، أو تكون متعددة يكثر ظهورها على الجلد فقط ، وأحياناً تكون مصحوبة بالصدفية الزهرية اليدوية (سيفيليتيك بالمار پسورياسيس).

وأحياناً تظهر تقرحات شـديدة متآكلة جداً (فاجيدينيك الصيريشن) على الوجه فيتآكل الجلد وطبقات الوجه كله التى تحته حتى يصل التقرح للعظـام وتتقرح العظام أيضاً ولذا يظن بعضهم أن الحالة مرض الذئب البسيط (لوپوس ڤالجاريس) ولـكنها تختلف عنه بكون التآكل ينتشر بسرعة مدهشة فى بضعـة أسابيع مع انه يصل لهذه الدرجة فى مرض الذئب بعد بضع سـنين وباقى الاعراض تساعد على تمييزها من مرض الذئب . ولوحظ أن مثل هذا التقرح يصيب الاطفـال المزهورين بين السنة الثامنة والخامسة عشر من عمرهم[1] .

وأحياناً تظهر اكزيما الشفتين الزهرية السابقة الذكر فى صحيفة ١٦٨ .



(رسم نمرة ٤١)

اسنان الزهرى الوراثى (نقلا عن كتاب فورنييه « الزهرى الوراثى »)

(١) Sequeira: The Lancet, vol. I, p 11, 1914.

وأما باقى أعضاء الجسم التى تتأثر فى الزهرى الوراثى فى هذا الدور فأهمها العظام والمفاصل والكبد والعيون (وأهم عارض يظهر على العيون هو التهاب قرنى بين الأغشية (اينترستيشال كيراتيتيس) ولوحظ أن هذا الالتهاب لا يشفى تماماً – أى بدون أن يترك أثرا بالعين – بعمل أى علاج ضد الزهرى زرنيخى كان او بزموتى أو زئبقى. وأحياناً يظهر (التهاب القزحية بالعيون)، ويتأثر أيضاً الجهاز العصبى اذ يحصل للطفل شلل عام أو صرع (ابيليبسى) فى اكثر الأحيان، وتصاب الأوردة والشرايين بالامراض المختلفة نتيجة هذا الزهرى. ويفقد الطفل سمعه شيئاً فشيئاً وقد يتم له (الطرش) فى سن الثانية عشر الى سنته الخامسة والعشرين من عمره. وأهم ما تصاب به الاسنان فى الزهرى الوراثى هو ظهور الاسنان بشكل (المنشار) خصوصاً الاسنان القواطع الامامية، أو ظهور سطحها بشكل غير منتظم بها حفر صغيرة (راجع رسم نمرة ٤١). وأحياناً تكون القواطع العليا قصيرة وعند ما يضم المريض فكيه ترى فتحة صغيرة فوق القواطع السفلى وأحياناً تكون الاسنان غير منتظمة ومحدبة ومنفصلة عن بعضها



(رسم نمرة ٤٢)

اسنان الزهرى الوراثى (عن كتاب فورنييه « الزهرى الوراثى »)

بمسافات قصيرة. وأحيانا يكون طرف الاسنان مقوسا (راجع للحالتين رسم نمرة ٤٢) وتسمى مثل هذه الأسنان أسنان هتشينسون [1] وتعتبر من أحسن علامات

---

(١) راجع رسم نمرة ٤١ و ٤٢

الزهرى الوراثى ،وتستمر هذه الاسنان باقية عند المريض حتى يكبر ولا يشفيها العلاج لدرجة ارجاع شكلها السليم .ولاحظت أن أسنان الاطفال المزهورين حتى بعد التقدم فى سنى حياتهم تكون اسناناً ضعيفة تضمحل وتفسد بسرعة مهما كانت عناية المريض بتطهير أسنانه وتنظيفها .

وقد يجد القارىء صورة بديعة فى الجدول نمرة (١) صحيفة ١٧٢ تبين له انتشار المضاعفات المختلفة فى مرضى الزهرى الوراثى وفى مختلف أدوار حياتهم . وهـذا الجدول يحوى أهم[١] ما يصاب به المزهورون وراثياً وهو تلخيص لمبحث علمى كبير درس فيه مائتان من الأطفال المزهورين ،وترى هؤلاء مقسمين الى ثلاثة أقسام:-(١) من يوم الولادة الى عمر سنة كاملة واحدة ، و(٢)من سنة الى ٦ سنوات ،و(٣)من٦ سنوات الى ١٤ سنة .

وقبل ترك باب الزهرى الوراثى نذكر القارىء بأن الأطفـال يصابون أيضاً كغيرهم بالزهرى المكتسب اذا تعرضوا للعدوى بالزهرى . ويحصل ذلك عادة من رضاعة ثدى (مرضع)تكون على ثديها قرحة زهرية أو تقرحات زهرية ثانوية،أو من القبلات المستمرة من أصـدقاء العائلة أو من الخادمات بالمنزل أو (الـكميريرات) الاجنبيات لسقوط اخلاق الـكثيرات منهن ووجود أمراض تناسلية عند أغلبهن . وتوجد بعض الاعتقادات الفاسدة فى مخيلة كثير من الطبقات المنحطة يتسبب عنها نقل العدوى بالزهرى أو غيره من الامراض التناسليـة للاطفال خصوصاً للبنات الصغيرات ، ومن هذه اعتقاد بعضهم ان مواقعة (كوينس) طفل أو بنت صغيرة عذراء تشفى المريض من كل الامراض التناسلية وينتج عن هذا الاعتقاد أن يلمس الرجل الذى عنده سيلان حاد أو قرحة زهرية فرج طفلة وأحياناً يفتك بعفافها ليتشفى نفسه من مرض عنده ،وغنى عن البيان انه لن يشفى بل يبقى مريضاً و يقدم مرضه للطفلة المسكينة أيضاً وهذا ما يستدعى عناية الوالدين فى عدم ترك أولادهم لأيدى الخدم .

---

(١) لأن بحث المائتي طفل أظهر اعراضاً احرى غير المذكورة فى الجدول مثل اصطباغ الطفل بلون «بنى أبيض Café au lait » فى خمس حالات مثلا من القسم الأول ، وشال نصفى مثلا فى حالتين من القسم الثانى ، وهكذا .

ما يظهر على الطفل من المضاعفات مع الزهرى الوراثى[1]	عمر الطفل المصاب بالزهرى الوراثى			القسم الذى يكثر فيه انتشار المرض
	الى سنة واحدة	من سنة الى ست سنين	من ست سنين الى ١٤ سنة	
تضخم الطحال	٤٦	٢	٦	القسم (١)
التهاب السطح المخاطى للأنف	٤٧	٩	١١	القسم (١)
تضخم الـكبد	٣٠	٥	٣	القسم (١)
التهاب قرني بين الأغشية Interstitial Keratitis	—	٩	٤٤	القسم (٣)
طفح لطخى حليمى (جلدى)	٣٠	—	—	القسم (١)
طفح جلدى على العجزين والفخذين والساقين	١٩	—	—	القسم (١)
اسنان هتشينسونية	—	٢	٢٧	القسم (٣)
اسنان غير منتظمة	-	٢	١٧	القسم (٣)
التهابات عظمية بالسمحاق Periostitis	—	١	١٥	القسم (٣)
أورام ثؤلولية	١٧	٧	—	القسم (١)
التهاب غددى	—	٣	١٢	القسم (٣)
التهاب كلوى Nephritis [2]	—	—	١	القسم (٣)

جدول نمرة (١)

(١) هذا الجدول ملخص من بحث الاستاذ Jewesbury فى محاضرته التى القاها فى موضوع الزهرى الوراثى جلسة ٣٠ ابريل سنة ١٩٢٦ أمام الجمعية الطبية البريطانية لدراسة الأمراض التناسلية .

(٢) يكثر ذكر الالتهاب الكلوى عند المزهورين وراثيا فى مباحث الاطباء الفرنسيين ، والمؤلف من أصحاب هذا الرأى ، ولـكن من المدهش ان الاستاذ Jewesbury لم يجد الا حالة التهاب كلوي واحدة من مائتى حالة فحصها مع ان النتائج الاخرى التى ذكرها تنطبق تماما على مباحث الاطباء الفرنسيين في موضوع الزهرى الوراثي .

تشخيص الزهرى

ذكر « لاكابير » فى كتابه « علاج الزهرى » جملة تشبه الجملة التى ذكرتها فى باب « تشخيص الزهرى » فى الطبعة الأولى من كتابى هذا ، حيث قلت « ويلتفت - أى الطبيب - للمريض بعد أن يلعب بالقرحة دقيقة أو دقيقتين و يعلنه بالحكم المؤبد .. الخ »، وكبير أطباء مستشفى سان لازار بباريس صرخ هذه الصرخة حيث قال [١] (فى كل ٨ حالات من ١٠ حالات يستشار فيها الطبيب (أو الصيدلى) عن قرحة ظهرت يقول « أنها مسألة بسيطة غالباً » [٢] ولكنه ينصح باستخدام اليودوفورم أو مسحوق الكالوميل كمطهر او ينصح بالكى) فاذا جاز لطبيب مستشفى عظيم للأمراض التناسلية الميكروبية بفرنسا أن يصرخ من اهمال بعض الأطباء فى طريقة تشخيص القرحة الزهرية فاننى لا أرى ما يمنع طبيباً فى مصر من أن يعلن هذه الصرخة بعينها هنا [٣] ولذا نقول : —

يذهب المريض بقرحة للطبيب سائلا عما اذا كانت قرحته هذه زهرية أو غير زهرية فيقف الطبيب موقف من سيقرر مسألة بسيطة و ينظر للقرحة أحياناً نظرة العالم بها و بشكلها و بشكل غيرها وهو جاهل حقيقتها لا يدرى عنها اكثر من المريض

---

(١) Lacapère : Le Traitement de la Syphilis; p. 197, Paris, 1925.

(٢) "Que ce n'etait vraisemblablement rien."

(٣) لقد وجه بعض الزملاء نقداً للمؤلف فى سنة ١٩٢٢ على ما ظهر من بعض الشدة فى التعبير فى صحيفتى ١٥١ و ١٥٢ من الطبعة السابقة وتقابلان صحيفتى ١٧٣ و ١٧٤ من هذه الطبعة فلم يجد رداً على أصدقائه الا ان يذكر جملة « لاكابير » السابقة الذكر ، ولعظمة الجملة وقائلها نذكرها هنا بنصها الفرنسى :—

*Huit fois Sur dix, le medecin (ou le pharmacien) consulté lors de l'apparition de la lésion a déclaré "que ce n'était vraisemblablement rien" mais qu'il conseillait l'application d'iodoforme ou de poudre de calomel ou la cautérisation ignée".

الذى امامه . بل هو لا يفهم منها الا انها « قرحة » ويعز عليه اعلان جهله بل يخجل من طلب الاستعانة بالاخصائيين معزيًا نفسه بأنه مفروض فيه معرفة القرح الزهرية كغيره من الاطباء الذين أوقفوا حياتهم وخبرتهم واطلاعهم على فهم هذا العلم وأسراره . ويلتفت المريض بعد أن يلعب بالقرحة دقيقة أو دقيقتين ويعلنه بالحكم المؤبد قائلا « هذا شانكر يعنى تشويش يا عزيزى » ولا يدرى وقع هذا الحكم على مريضه إذ تتجسم له صورة الزهرى فى لحظة واحدة وأحيانًا لا يكون عالمًا الا بالنذر اليسير من فظاعة هذا المرض وأحيانًا يكون معتقداً انه اكبر مصيبة تحل بالبشر . اذ سمعت كثيراً من بعض المرضى بالسيلان - عند نصحهم بالاعتدال أو الامتناع عن تعريض أنفسهم للامراض التناسلية خصوصًا الزهرى — ان الواحد منهم اذا اصيب بالزهرى فلا محالة ينتحر . وأحيانًا تكون القرحة غير متسعة وصغيرة فيظنها الطبيب قرحة بسيطة ويقول لمريضه « هذه قرحة بسيطة وهذا ليس بالزهرى» فيترك المريض فريسة بين براثن الزهرى يفتك به وهو مطمئن مؤمن بصدق طبيبه . فليتق الله الاطباء فى مرضاهم وليفهموا عظمة قرارهم وأهمية تشخيص هذه الحالات حتى اذا ما عرضت لهم حالة ظاهرة لا شك فيها نطقوا برأيهم . وعند وجود أصغر شك يلجأون للاستعانة برأى الاخصائيين فلا يحتمل الواحد منهم تقريع ضميره لحكم حكمه على مستقبل مريض وهو لا يعلم عنه شيئًا . وأما تشخيص القرحة الزهرية فقد جئنا عليه تفصيلياً-راجع صحيفة ٥٤ الى٦٦-وأهم شىء فى هذا التشخيص هو شكل القرحة ولذا ننصح القارىء بمراجعة باب القرحة الزهرية صحيفة٣٧ ،وليفهم القارىء ان مطالعة الف مجلد فى وصف القرحة لا يفيد من يريد معرفة القرحة كثيراً بل ان معرفة القرحة ودراستها يتمان بفحص عدد من الاشكال المختلفة من القرح مع معرفة أوصاف كل شكل منها جيداً . فدراسة القرحة لا تختلف عن باقى الامراض الجلدية وتتركب من « انظر بعينك للطفح الجلدى ولونه وارتفاعه وانخفاضه وانتشاره وتقرحه والتهابه وافرازاته وقشوره والمحصه بيدك لتعرف نعومته وخشونته وصلابته واضغطه بقطعة الزجاج السميكة (صحيفة ٨٧) لترى ان كان لونه يختفى أو يبقى تحت الزجاج وأنت تعرف اكثرية الامراض الجلدية بدون أن تسأل مريضك سؤالا واحداً » . ونذكر

القارىء بعمل الطرق الميكروسكوبية اللازمة وهى طرق مساعدة فقط وليست قاطعة الا اذا أعطت نتيجة ايجابية أى اذا رؤيت سبيروشيتا باليدا . وفى الحالات التى يشك فيها جداً كظهور شانكر بشكل حليمة صغيرة لا تتسع ولا تكبر ولا تتقرح ويكون الطبيب غير معتاد على رؤيا مثلها فيمكنه انتظار المدة اللازمة لعمل (ع . ف) ويعملها. وأحياناً ينصح بعض الاطباء فى مثل هذه الحالات بانتظار ظهور أعراض دور تعميم العدوى قبل الجزم بأن المرض زهرى أو غيره . وأما اذا حضر المريض للتشخيص فى دور تعميم العدوى فيكون التشخيص سهلا لأن أعراض هذا الدور تكون ظاهرة عادة ، وتساعد (ع. ف .) الايجابية كثيراً فى تشخيص الحالات الزهرية التى تكون اعراضها الثانوية مشكوكا فيها بعض الشك . وأحياناً يزور المريض طبيباً (يونانياً مثلا) بالقرى فيعطيه حبوباً زئبقية أو حقناً زئبقية فتختفى القرحة ولا يظهر طفح ثانوى ويزور هذا المريض أحد الأخصائيين للتشخيص وأهم ما يبحث عنه هؤلاء هو الغدد الليمفاوية والتقرحات التى على السطوح المخاطية إذ تبقى هاتان العلامتان حتى بعد استعمال هذا العلاج ، ولا يجوز الأتكال على (ع . ف) فى مثل هذه الحالات غالباً لأنها تكون سلبية كما سيأتى شرحه بعدئذ . وفى باقى الحالات التى توجـد فيها أعراض ظاهرة يسترجع القارىء كل ما فات وصفه فى أبواب الزهرى ليشخصها . وفى الحالات التى يذكر أصحابها تاريخ زهرى سابق ويريدون الوقوف عما اذا كان علاج آخر أصبح لازماً أى واجباً أو غير لازم يفحص الطبيب الجسم ليرى به أى أعراض من دور تعميم العـدوى أو دور رجوع الاعراض . ولا نذكره كثيراً ببعض الأعراض التى ذكرناها فى صحيفة ١٣٠ اذ أحياناً لا يظهر عند المريض غيرها وهى من العلامات التى تحتم ابتداء علاج جديد كامل للزهرى . ولا بد من الاستعانة بعمل (ع . ف) لأنها تساعد كثيراً على تقرير خطة العلاج اللازم كما سنبين بعدئذ ونرى ان نذكر هنا شيئاً على عملية فازرمان وقيمتها فى تشخيص الزهرى : -

عملية فازرمان « ع . ف »

أو تفاعل فازرمان (فازرمان ريأكشن)

انتفع فازرمان بطريقة بورديه وجينو [١] وطبقها فى حالة مرضى الزهرى فأوجد طريقته لفحص الدم فى حالات الزهرى . ولا يسع مؤلفنا هـذا وصفاً تفصيليا لهذه العملية [٢]. ولذا نكتفى بأن نذكر أنهم يأخذون عينة الدم عادة من وريد بالذراع مثلا عند الرجال والنساء وتؤخذ عينة الدم من الرأس عند الاطفال. ولو ان عملية أخذ عينة من الأطفال دقيقة الا ان من تعود من الاطباء على عمل بعض التجارب العلمية المختلفة لا يجد مشقة فى ذلك وفى حالات الاطفال المولودين حديثا الى سن سنة واحدة أفضل أخذ العينة من أسفل القدم بواسطة مشرط جراحى. وتؤخذ عينة الدم بواسطة ادخال ابرة وريدية داخل الوريد فيخرج الدم من طرف الأبرة الآخر ويجمع فى أنبوبة زجاجية صغيرة معقمة ويحتاج البكتيريولوجيون لكمية من الدم تتراوح بين ٣ أو ٥ سنتيمتر مكعب . ويجب ارسال العينة حالا للمحلل اذا لم يكن هو الذى أخذها بنفسه . وبعد التحليل تكون النتيجة ايجابية أو سلبية ، ويرمزون للنتيجة الايجابية

---

(١) يتركب اكتشافهما من الآتى . اذا حقن حيوان او انسان بأى مادة زلالية أوبكريات الدم الحمراء أو بميكروبات مثلا فتتربى بالمصل الدموى (سيروم) لذلك الحيوان او الانسان مادة تفاعل تكون قادرة على ان تحلل (هيموليز) المادة التي حقنت بالحيوان او الانسان اولا ، وقدرة مادة التفاعل هذه على تحليل المادة التى تحقن أولا قوة مخصوصة (سبيسيفيك) ، أى اذا حقنت كريات الدم الحمراء فتتربى مادة تفاعل تقدر على تحليل كريات الدم فقط ولا تقدر على تحليل مادة زلالية أخرى او ميكروبات . وهكذا اذا حقنت ميكروبات فتتربى مادة تفاعل تقدر على تحليـل هذه الميكروبات فقط ولا تحلل أى مادة أخرى . ويسمون المادة التى تحقن بالحيوان أو الانسان (انتيجين) والمادة التى تتربى داخل المصل الدموى أى مادة التفاعل السابقة الذكر يسمونها (انتيبودى) . وقد اكتشف بورديه وجينو طريقتهما سنة ١٩٠١ واكتشف فازرمان طريقته لفحص الدم سنة ١٩٠٥ .

(٢) ننصح القارىء بمراجعة مؤلفات البكتيريولوجيا المطولة لمعرفة تفاصيل هذه العملية .

بهذه العلامة (+) وللسلبية بهذه العلامة (-) . ويرمز للنتيجة الايجابية بصليب واحد + أو بصليبين + + أو ثلاثة + + + أو أربعة أحيانا + + + + والمشكوك فيها بعلامة ± وللسلبية بعلامة - أو بعلامة - ؟ ومعنى هذه العلامات ان النتيجة ايجابية ضعيفة أو ايجابية جداً على التوالى أو المشكوك فيها وفى السلبية أى سلبية جداً وسلبية مشكوك فيها ولذا يضعون علامة الاستفهام ؟ بجوار علامة سلبية -

احصائيات عن قيمة هذه العملية فى التشخيص : ان بعضهم يعتبرون نتيجة هذه العملية حكماً قاطعاً فى الزهرى أى أنها اذا كانت ايجابية فيكون المريض مصاباً بالزهرى وان كانت سلبية فلا يكون مصاباً به . والحقيقة ان العلم يرى غير ذلك اذ أن قيمة نتيجة هذه العملية نسبية لا تقرر تشخيصاً ولا تنفى وجود المرض بل أنها تساعد الطبيب على تشخيص المرض بمراجعة كل الأعراض الاكلينيكيــة وبتكرار العمليات البكتيريولوجية للمرات اللازمة وبالطرق المتعددة لديه من تهييج للمرض ببعض الحقن . . . الخ مما سيأتى ذكره بعدئذ . فقد ثبت ان (ع . ف .) تكون ايجابية فى عدة أمراض أخرى[1] غير الزهرى . نذكر اهمها هنا وهى البرص (ليپروسى) ومرض النوم (تريپانوسومياسيس) والملاريا وغيرها من الأمراض التى تنتج عن الحيوانات الدنيا (پروتوزوال ديزيزيس) . وتكون ايجابية احيانا فى بعض حالات الأورام الخبيثة والبول السكرى والروماتيزم وفى بعض حالات فقر الدم واكثر من ذلك فى بعض حالات اضطراب الهضم كامساك شديد أو اسهال شديد وفى بعض الحميات . ومما تقدم يرى القارىء أن وجود (ع . ف) + ليس بالدليل على أن المريض عنــده زهرى اذ يجوز أن يكون مصاباً بالملاريا أو بغيرها من الأمراض السابقة الذكر . واذا كانوا فى أوروبا يتمسكون بالنتائج الايجابية لحد ما فلا يجوز أن يحتج علينا بخبرتهم لأن اكثرية أمراض الحيوانات الدنيا لا توجد عندهم فى أوروبا كما هى عندنا هنا فى مصر أو فى الشرق عموماً ولذا فان النتيجة الايجابية عند الاوربيين ترجح قيمتها عند

(١) بوشكة . هوفان . بلوميناتال . برونينج وغيرهم .

المصريين . وكثيراً ما تخضع النتيجة لعدة عوامل اخرى غير المرض اذ ان المواد التى تستعمل فى تحليل الدم لها تأثير كبير على النتيجة .

وأحياناً تتأثر النتيجة باختلاف هذه المواد ولذا تنتج نتائج مختلفة ايجابية وسلبية لمريض واحد عند ٢ أو ٣ محللين لأن كل واحد منهم يستعمل مواداً تختلف عن الآخر بكونها قديمة العهد أو حديثه ، أو لأنها نقية أو غير نقية ، أو لوجود أى تغيير بسيط بين كيميائها البيولوجية .

وأحياناً تؤخذ عينات من دم مريض واحد فى أوقات مختلفة وتكون نتيجة (ع . ف .) مختلفة فى كل تحليل مع أن المحلل واحد والمواد التى يستعملها واحدة[١] ، ويظن بعضهم ان ذلك يحصل نتيجة اغلاط فنية ولو أن غيرهم يؤكد وجود عوامل قوية لم يفهمها العلماء للآن مع عدم وجود غلط فنى يؤثر على النتيجة هذا التأثير .

ونذكر هنا الاحصائية التي ذكرها (بوشكه) عن نتيجة (ع . ف .)

(ا) الدور الأول (دور القرحة الزهرية) : تعمل (ع . ف) عادة ما بين ٣ الى ٤ أسابيع من ظهور القرحة — ولو أن بعض الطرق الحديثة لتحليل الدم يمكن أن تعمل بعد مرور زمن أقل من هذا — وتكون النتيجة ايجابية فى بعض الحالات ، وتتوقف النتيجة على عدة عوامل أهمها موقع الشانكر وتأثر الغدد والأوعية الليمفاوية بالميكروبات [٢] وكمية سبيروشيتا وقوة فتكها (ڤيريولينس) بالمريض [٣] ، وعلى ذلك يرى بوشكه ان (ع . ف) لا قيمة كبرى لها فى تشخيص الدور الأول .

(ب) الدور الثانى — دور بوشكه (الذى يماثل هنا دور تعميم العدوى وجزءا من دور خمول المرض) ٩٠ فى المائة ايجابى .

(ح) الدور الثالث — دور بوشكه (الذى يماثل هنا دور رجوع ظهور الأعراض) ٦٠ الى ٦٥ ايجابى فى المائة .

(ء) دور اختفاء الزهرى — دور بوشكه (الذى يماثل هنا دور خمول المرض

---

(١) لاحظ ذلك (ميروفيسكى) واعطى اسم « المصل المتناقض » (پارادوكس سيروم) للمصل الدموى بالمرضى الذين يحصل ذلك لدمهم .

(٢) ايكه (٣) نيسر

وجزءا من دورى تعميم العدوى ودور رجوع ظهور الأعراض) —راجع صحيفة ١٣٢، متوسط نتائجه ٣٥ فى المائة ايجابى .

(هـ) زهرى الجهاز العصبى — تكون (ع . ف) ايجابية أحياناً وسلبية غالباً . ولو ان (ع . ف) للسائل المخى النخاعى تكون ايجابية فى كثير من الحالات [1] .

(و) الزهرى الخبيث— لا تختلف كثيرا النتيجة هنا عنها فى الزهرى المكتسب الا فى سرعة ظهور ايجابيتها .

(ز) الزهرى الوراثى — تكون النتيجة ايجابية فى أكثر الحالات التى تكون فيها أعراض ظاهرة . وتكون سلبية فى كثير من الحالات التى ليست فيها أعراض ظاهرة ولو ان نتيجة (ع . ف) تكون ايجابية غالباً عند فحص دم امهات أطفال الزهرى الوراثى (وهذا يعزز ما ذكرناه سابقاً فى الزهرى الوراثى) .

ومما تقدم يرى القارىء ان نتيجة (ع . ف .) لا تكون ايجابية بنسبة عظيمة الا فى حالات الزهرى فى دور تعميم العدوى ، وغنى عن البيان ان باقى اعراض الزهرى تكون ظاهرة واضحة فى هذا الدور فلا يحتاج الطبيب فيه حاجة كبرى لعمل (ع . ف .) . ويرى كثيرون ان (ع . ف .) لا قيمة حقيقية للآن لها الا كمعزز لرأى ايكلينيكى، أى انها مساعد كبير على التشخيص اذا احتاج لها الطبيب فى بعض الحالات،ولكن لا يجوز جعلها —وحدها — حكما فى التشخيص. كما انها تكون فى اكثرية الأحوال التى تستخدم فيها استخداماً فنياً صحيحاً مساعداً كبيراً على ادارة طريقة العلاج وتكييفه فى مدته، ومقداره ، وايقافه ، وابتدائه ، وتقرير دفعه بقوة ، او خفضه والامتناع عنه . وفى الحقيقة ينصح المؤلف بعمل (ع . ف .) لتسيير العلاج إذ ان نتائجها تتنازل فى كثير من الحالات وسط العلاج من ++++ الى +++ الى ++ الى + الى — الى — ؟ الى — وهكذا بشرط أن يكون فحص الدم بطريقة (ع . ف .) اثبت نتيجة ايجابية اولا ، ولما بدىء العلاج الزهرى بدأت (ع . ف .) الايجابية تتناقص من ++++ الى +++ الى ++ . . . . وهكذا ، وفى

---

(١) ولذا يجب فحص السائل المخى النخاعى في جميع الحالات المرضية العصبية التى تستدعى ولو بعض الشك الاكلينيكي في وجود مرض الزهرى كسبب لها .

ذه الحالات يكون تفاعل (ع . ف .) علامة مميزة ايجابياً لسير تأثير العلاج على حالة المرض . وعند الوصول الى نتيجتين أو ٣ نتائج سلبية متوالية يمكن الطبيب ايقاف العلاج،ولو ان كثيراً من المرضى الخصوصيين فى مصر وفى غيرها من البلدان لا يقبلون تحمل مصاريف عمل (ع . ف .) مرات متوالية . ولذا نلجأ فى الحالات التى يرفض أصحابها تحمل مصاريف عمل (ع. ف .) الى تقرير كمية العلاج بالطرق الايكلينيكية وهذه طبعا لا تكون من حيث الدقة مثل الطريقة الأولى فى حالات كثيرة . و يعتقد المؤلف ان عمل (ع .ف .) لأمهات الأطفال الذين يشك فى ان أطفالهم مزهورون واجب وقد تعطى نتيجة (ع . ف .) معلومات قيمة للتشخيص خصوصاً اذا عملت (ع.ف .) مرات متوالية لأم الطفل . (راجع الجدولين نمرة ٢ونمرة ٣ صحيفة ١٨١).

تفاعل فازرمان (ع . ف .)	عمر الاطفال المزهورين وراثياً (١)		
	من يوم الولادة الى عمر سنة واحدة	سنة الى ٦ سنوات	٦ سنوات الى ١٤ سنة
نتيجة التفاعل ايجابية	٥٠	٣٨	٧٦
« « سلبية	١٣	٤	٧
« « مشكوك فيها	٢	٠	٢
الدم لم يفحص	٧	٠	١
المجموع	٧٢	٤٢	٨٦

جدول نمرة (٢)

ولقـد قام المؤلف بتسجيل بعض حالاته التى تتبعها فى أدوار مختلفة ولكن النتائج التى حصل عليها تختلف بعض الاختلاف عن النتائج التى ذكرت فى جدول نمرة (٢) . وترى هذه النتائج فى جدول نمرة (٣) .

(١) نقلا عن نفس محاضرة الاستاذ Jewesbury السابقة الذكر فى صحيفة ١٧٢ .

أما وقد القينا نظرة اجمالية على قيمة نتائج (ع . ف .) للتشخيص مبدئياً وسنذكر تفاصيل وافيةعن قيمة هذا التفاعل (ع . ف .) فى الصحائف الآتية

تفاعل فازرمان (ع . ف .)	عمر الاطفال المزهورين وراثيا [1]		
	من يوم الولادة الى عمر سنة واحدة	سنة الى ٦ سنوات	٦ سنوات الى ١٤ سنة
نتيجة التفاعل ايجابية	١١	١٢	٢٢
« « سلبية [2]	٩	٣	٤
« « مشكوك فيها	٣	٢	٦
الدم لم يفحص	٢	٧	٠
المجموع	٢٥	٢٤	٣٢

(جدول نمرة ٣)

فنحب أن نذكر القارىء اننا فرضنا دائماً ان من يقوم بهذا التحليل يكون قادراً عليه فاهماً طرقه أى يكون رجلا فنياً مخلصاً فى عمله، حتى ان العادة المتبعة فى المستشفيات الكبرى باوروبا هى ان الطبيب يذكر الاعراض التى يلاحظها ايكلينيكيا على الورقة التى يطلب فيها من المحلل عمل (ع . ف .) ، ومع ان المحلل يقرأ اعراضاً تؤكد له وجودالزهرى أحياناً من وجهة نظر الاعراض الجلدية والاكلينيكية فهو يعمل (ع . ف .) باحثاً عن النتيجة التى تظهر من تحليله متجاهلا تماماً تأكده من وجود المرض أو عدمه من الاعراض التى ذكرها له الطبيب . أما هنا فى مصر فيحضر لنا المرضى و بيدهم نتائج لتحليل دمهم يعطيها لهم أشخاص فى كثير من الاحوال هم دجالون لا صفة فنية لهم ولا هم اطباء على العموم يدعون المقدرة على

(١) هذه النتائج نتيجة بحث المؤلف .

(٢) النتائج السلبية التى حصل عليها المؤلف لا تختلف كثيراً عن النتائج التى تميز المدرسة الفرنسية بجوار المدرسة الزهرية الانجليزية .

تحليل الدم والبصاق والبول والمأكولات والمشروبات والحدائد والنحاس والعظام... الخ وكثيراً ما تقرأ على ابواب الصيدليات فى الارياف واحيانا على واجهات الصيدليات بضواحى العواصم او بالعواصم نفسها «معمل تحليل كذا وكذا» والله يعلم انه لا يوجد داخل أكثر هذه الصيدليات بضع أنابيب من الزجاج بغض النظر عن وجود صيدلى يقدر بكل مشقة على تحضير تذكرة طبية بسيطة .

وقد ذكر لى مريض (عمـدة قرية) انه ذهب لصيدلى اجنبى وفحص دمه ليعرف هل دمه مصاب بالزهرى . فما كان من الصيدلى الا ان جرح أصبع المريض بمشرط كبير وأخذ الدم فى كباية (وشمها بأنفه) وقال للمريض « لا يا عمده . دمك مش زفر » وكتب له تقريراً على ورقة الاجزخانة . وهذه هى ترجمة الفاظه بالحرف نقلا عن الفرنسية : —

« دم عمدة قريتنا نظيف جداً وليس به أى مرض » !!! ؟ فليتأمل القارىء ولتتأمل حكومتنا : اليس من حق المرضى ومن حق الأطباء والبكتيريولوجيين ان ينادوا جميعاً « امنعوا الدجل الفنى ! » ، واحموا حقوق البكتيريولوجيين لأن هـذا حق مطلق لهم ، وفى حمايتهم حماية للمرضى فى صحتهم ، وللأطباء فى تشخيصهم وعلاجهم وبحثهم ، وحماية لاصغر واكبر الحريات العلمية .

والآن وقد بينا للقارىء قيمة (ع . ف) من الوجهة الاحصائية التى قد تخضع أحيانًا الى اخطاء كبيرة من الوجهة العلمية الاحصائية كما تخضع كل احصائيات اخرى ، فنجتهد فى اطلاع القارىء على قيمة (ع.ف) من الوجهة العلمية الزهرية بجميع تفاصيلها.

وللأطلاع على تفاصيل بحث علمى يخص تقدير قيمة تفاعل فازرمان فى تشخيص وعلاج مرض الزهرى يجب فهم الموضوع الآتى : —

قيمة (ع . ف .) فى نظر خصومها وانصارها

لعملية — أو تفاعل — ڤازرمان خصوم وانصار ، والمؤلف لم يكن يوماً من الأيام خصما او ناصراً لفريق فى اى بحث علمى الا بعد اقتناعه بصحة النظرية التى يجاهد فى اثباتها الى أن يثبت له عكس تعليمها ، ولقد كان فى خصومة — ولكنها خصومة بسيطة —

مع (ع . ف) ، ولما اقتنع بمباحث عشر سنوات ان (ع ف .) لها قيمتها وليس لها استبدادها كقاض يحكم بين الطبيب وعلمه الايكلينكى، فلم يجد أية مشقة لأعلان هذا الرأى مع تدعيمه بكل الوثائق العلمية ، اذ هو يرى ان ايجابيتها اذا صحبتها كل الشروط الفنية للقيام بالعملية فانها تصبح ايجابية لها قيمتها التشخيصية واذا نقص شرط فنى فايجابية التفاعل تفقد قيمتها . واما بالنسبة الى النتيجة السلبية فليس على القارئ الا ان يراجع المبادئ المذكورة تحت عنوان « قيمة (ع ف) فى نظر خصومها وانصارها » . ولقد خبرت عمليا هذه العملية عدة سنوات ، وهذه الخبرة بنفسها هى التى دفعت المؤلف لأن يقدم عملية تفاعل ڤازرمان (ع . ف .) للقارىء على وجهيها القائمين الآن فى العالم الفنى : (الأول) وجهها امام نقادها ، و (الثانى) امام من يعضدونهـا ، فنقادها لا يجدون ما يقدمونه من أنواع النقد لهـذه العملية التفاعلية الا ما يأتى :—

(١) ان عدداً كبيراً من الأطباء والبحاثة أعلنوا رأيهم بعد احصائيات كثيرة ان (ع . ف .) عند الأشخاص المصابين بالزهرى المحقق (وطبعًا يقصدون انه محقق بناء على معرفتهم الأكلينيكية — ولمعرفتهم قيمتها التى يقدرها كل مطلع على القيمة الأكلينيكية فى تشخيص المرض الزهرى) وخصوصاً عند فحص هؤلاء الأشخاص فى أدوار نشاط هذا الزهرى المحقق ، ان عددا كبيرا منهم أعلنوا ان نتائج هذا التفاعل لم تكن دائمًا ايجابية ، لأن بعضهم أعلن ٦٠ فى المائة، وبعضهم ٦٥ فى المائة، و بعضهم ٨٥ فى المائة ، ولم يعلن واحد منهم مائة فى المائة كنتيجة ايجابية .

(٢) ان نتيجة تفاعل ڤازرمان تكون سلبية فى بعض حالات الزهرى المحقق كما ذكرنا سابقاً مع انها تكون أحيانًا ايجابية فى أمراض اخرى غير الزهرى (وتكون احيانا ايجابية فعلا فى مرض الحمى القرمزية ، والبرص ، و بعض حالات الملاريا أو حتى فى بعض حالات الامساك أو الاضطرابات الهضمية الأخرى) .

(٣) بفحص عينات متعددة لمريض واحد و بمواد (انتيجين) زهرية مختلفة، كثيراً ما نحصل على نتائج متناقضة للفحص .

(٤) حتى اذا استخدم (انتيجين) واحد لعمل الفحص فان النتائج تختلف احياناً عند المحللين المختلفين .

(٥) وأحياناً يستخدم نفس المحلل مادة واحدة (انتيجين) لفحص عينات متعددة من مريض واحد ثم يحصل المحلل هو بنفسه على نتائج متناقضة .[1]

(٦) امكان استخدام (انتيجين غير نوعى)[2] مثل خلاصة الكبد السليم أو مثل أنواع الانتيجين الكياوية (مثل الليسيتين ، أو الكوليسترين) بدلا من (الانتيجين الزهرى) فى تفاعل (ع . ف .) جعل الشك يتطرق الى قيمة نتائج هذا التفاعل .

(٧) النتائج المختلفة لتفاعل (ع . ف .) فى أدوار الزهرى المتعددة ، وخصوصاً فى أدواره الأخيرة ، وفى الزهرى الوراثى ، جعلت الشك يتطرق بشدة أكثر الى قيمة هذه النتائج .

ولننظر الآن الى قيمة هذا النقد نقطة بعد نقطة ولكن بروح السعى لتقرير قيمة (ع . ف .) بدون تحيز لها أو ضدها .

الرد على نقط النقد السابقة

(١) حقيقة ان (ع . ف .) تكون سلبية فى بعض حالات الزهرى المحقق ، ولكن النتائج السلبية فى جميع أنواع التحاليل يجب تفسيرها بحيطة[3]. ويرى كثيرون من العلماء ان كثيراً من الاحصائيات السلبية لتفاعل « ڤازرمان» فى حالات الزهرى المحقق قد تعود فى أكثرية الحالات الى ضعف أو نقص فى مهارة المحلل الفنية ، ويقولون ان بعض المحللين الفنيين المهرة وصلوا حديثاً الى نتائج ايجابية (١٠٠ فى ١٠٠)

---

(١) راجع صحيفة ١٧٨ .

(٢) Non-Specific Antigen.

(٣) كما أننا نبهنا اولا على الحيطة فى تفسير النتائج الايجابية لتفاعل (ع . ف) فى البلاد الحارة حيث تكثر الامراض الطفيلية .

فى حالات الزهرى المحقق[1] . ومما لا شك فيه ان عملية (ع . ف .) كما هى الآن عملية دقيقة جداً، وسيصل العلم الى ايجاد تهذيب لها يجعلها من البساطة بمكان يسمح لأقل المحللين كفاءة بالقيام بها على الوجه الصحيح .

(٢) كون (ع . ف .) تكون ايجابيــة أحياناً فى بعض حالات المرض الأخرى غير الزهرى مسألة رهن البحث للآن ، فبعضهم يعتقد ان هذه النتائج الايجابية تعود لنقص فى اتقان العملية ، و بعضهم يعتقد ان هذه النتائج الايجابية سببها زهرى قديم مع وجود مرض طفيلى حديث، فهى والحالة هذه عائدة للزهرى على كل حال[2] ، و بعضهم يصر على انها ايجابية لوجود المرض الآخر ولا يوجـد مرض الزهرى . والمؤلف لا يزال مصراً، للنتائج المتوالية التى حصل عليها، على انه يوجد فرق بين النتائج الايجابية لتفاعل (ع . ف .) التى يحصلون عليها فى البلاد الباردة والتى تحصل عليها هنا حيث تكثر الأمراض الطفيلية .

(٣) تعود هذه النتائج المختلفة الى أن بعض الأعضاء المزهورة التى يؤخذ منها (الانتيجين) لا تكون غنية الغنى الكافى بالسپيروشيتا ، وللتخلص من هذا النقص فى العملية يمكن عمل مزيج من أنواع مختلفة من (الانتيجين) ليعوض غنيها فقيرها ، وهذا الاجراء العملى يعود الى مهارة من يقوم بالفحص غالباً .

(٤) لا نعتقد ان النتائج فى هذه الحالات تختلف عنـد المحللين المختلفين الا للفرق القائم بين مهارة هؤلاء المحللين أو للخلافات الجوية بين أمكنة المحللين لأن هذا الفحص من الدقة بمكان فى تأثره بأصغر المؤثرات .

(٥) للرد على النقد الخامس لا يمكن الا القول بأنه اذا حصل محال واحد و بانتيجين واحد لعينات من مريض واحد على نتائج مختلفة فلا بد وأن يكون العيب أما فى الأدوات الزجاجية أو فى درجات الحرارة أو البرودة أو درجات الرطوبة الى آخره بين أنواع الاغلاط الفنية فى ما نسميه ال « تيكنيك » اى الطرق العملية .

---

(١) Lacapère: Le Traitement de la Syphilis, p 210. Paris, 1925.

(٢) راجع صحيفة ٢١١ من الكتاب نفسه للاكابير .

(٦) يعترف البحاثة الآن بأن استخدام « انتيجين غير نوعى » قد يقود لاغلاط فى النتائج أكثر جداً من استخدام الانتيجين الزهرى ، ولذلك يجب طبقاً لأحدث الاختبارات استخدام الانتيجين النوعى .

(٧) لسوء الحظ أن تفاعل (ع . ف) عملية بيولوجية دقيقة جداً وتراها أحياناً تعجز عن اعطاء نتائج ايجابية فى بعض الحالات التى حصلت فى دمها تغييرات عديدة بمرور الوقت ، أو تحت تأثير علاجات ناقصة ، متعددة ، ومتفاوتة فى زمنها .

وأما وقد ذكرنا النقد الموجه الى (ع . ف .) والرد عليها فلنوجز هنا : —

كيف ننتفع بـ (ع . ف .)

(١) ان (ع . ف .) آلة ينتفع بها الطبيب فى التشخيص ويقود بها العلاج **ولكنها ليست حكماً قاطعاً يخضع لها الطبيب** اذا رآها تتعارض صراحة مع ما يجده اكلينيكيا من علامات ثابتة .

(٢) بفرض **الدقة** فى المواد اللازمة للقيام بالفحص وبفرض **مهارة المحلل** وبفرض **عدم وجود امراض اخرى تعطى نتائج ايجابية كالزهرى** فان تفاعل ڤازرمان يعتبر آلة بديعة يستنير بها الطبيب فى التشخيص والعلاج. وسنبين مع وجود هذه الفروض كيف نستعين بهذا التفاعل : —

(٣) فى الجزء المبكر من دور القرحة الزهرية تكون (ع . ف .) سلبية وفى أواخره — أى ما بين ١٨ يوماً الى ٢٥ يوماً — تبدأ تصير ايجابية ، لأن الميكروبات الزهرية تكون انتشرت فى الجسم وبدأت تأثيرها العمومى بعد ان كانت موضعية فى القرحة . نعم يحدث أن تتسرب بعض الميكروبات بعد خمسة أو سبعة أيام مثلا من القرحة لداخل الجسم ولكنها عادة تكون قليلة جداً فى عددها فلا تؤثر على الدم

لدرجة تظهر تأثيرها فى (ع . ف .) [١]، وهذه نقطة حيوية فى العلاج بالنسبة لمستقبل المريض وسنذكرها عند الكلام عن العلاج الزهرى .

(٤) فى دور تعميم العدوى تكون (ع . ف .) ايجابية فى أكثرية الحالات . وتتناقص ايجابيتها تدريجياً تحت تأثير العلاج حتى تصل الى سلبية (مثلا تكون ++++ ثم تصير +++ ثم ++ ثم + ثم ± ثم -) .

(٥) فى دور خمول المرض قد تكون (ع . ف) سلبية أو ايجابية فأذا كانت سلبية فنبدأ بعمل ما يسمونه « حقنة تهييجية » [٢] للتشخيص ، أو ما نسميه « حقنة ارجاع النشاط » [٣] لأن النتائج السلبية لا يعول عليها كثيراً كما قلنا سابقاً ، وقد وجد « جينيريش » و « ميليان » ان حقنتين زرنيخيتين كافيتان لتحويل (ع . ف) السلبية فى مثل هذه الحالات الى ايجابية [٤] وأما اذا استمرت النتيجة سلبية بعد هذا التهييج فلا يجوز اعتبار الحالة سلبية بل يجب ان نلجأ لفحص السائل المخى النخاعى إذ قد يعطينا هذا الفحص نتيجة ايجابية مع ان فحص الدم أعطى نتيجة سلبية ، ويكثر هذا طبعاً فى حالات زهرى الجهاز العصبى وخصوصاً فى مرض « التابيس » .

(٦) فى دور رجوع ظهور الاعراض نطبق المبادىء التى ذكرناها فى البند (٥) السابق ، ولو ان الأعراض الاكلينيكية العائدة للظهور تكون مساعداً كبيراً جداً فى التشخيص أكثر منها فى دور خمول المرض .

(٧) فى الزهرى الوراثى (راجع الجدولين نمرة ٢ ونمرة ٣ صحيفتى ١٨٠ و١٨١) اذا وجدنا (ع . ف) سلبية فأننا نلجأ للطرق التهييجية السابقة الذكر ، وللاطفال الصغيرين نفضل استخدام التدليك براهم زئبقية لسببين : أولهما لسهولة هذه الطريقة

---

(١) اللهم الا فى حالات الزهرى الخبيث حيث يبدأ دور تعميم العدوى بسرعة هائلة فان (ع . ف .) تصير ايجابية فى مدة أقصر من المدة اللازمة فى الزهري العادى .

(٢) Provocative injection.

(٣) Reactivation Injection.

(٤) واذا حقن المريض ببعض الحقن الزئبقية أو البيزموتية بدلا من الزرنيخ فان التفاعل السلبي ينقلب ايجابيا فى بعض الحالات وانتخاب المواد يترك لاستعداد المريض وكفاءة الطبيب

مع الاطفال ، وثانيهما منعاً لحدوث نشاط أعراض الزهرى بفجأة فى جسم الطفل ، إذ قد يعرضه التهييج الزرنيخى الى ظهور أعراض تشويهيــة . فاذا استمرت (ع. ف) سلبية بعد كل هذا فننتظر بعض الوقت ثم نلجأ الى أخــذ عينة بالحقنة من الكبد أو الطحال للبحث عن سپيروشيتا باليدا .

(٨) تتأثر (ع . ف) بطرق العلاج ، وسنبين تأثرها بالعلاج وتأثر سير العلاج بنتائجها عند الكلام عن علاج الزهرى ، ونكتفى هنا بأن نقول أن العلاج الزرنيخى أقوى العلاجات فى جعلها تدريجيًا سلبية ، و يليه بضعف فى ذلك العلاجات البيزموتية ، وتليها بضعف الزئبقية .

السائل المخى النخاعى

Cerebrospinal Fluid

لهذا السائل قيمة كبرى فى تشخيص الزهرى وخصوصاً زهرى الجهاز العصبى ، ففى حالات كثيرة تكون نتيجة فحص الدم بطريقة (ع . ف) سلبية ونتيجة فحص هذا السائل ايجابية والعكس بالعكس . فسنذكر للقارىء هنا التغيرات الباتولوجية المهمة فى تشخيص الزهرى بنتائج فحص هــذا السائل حتى يمكنه قراءة نتائج الفحص التى تقدم له .[1]

وأهم ما نبحث عنه فى تحليل هذا السائل فى مرض الزهرى هو الآتى : —

١ — **نوع وعدد الخلايا المعلقة به** : - مما هو معروف ان مجرد وجود عشر خلايا فى المليمتر المكعب من هذا السائل يعتبر دليلا على ان هناك تغيرات باتولوجية فيه ، وأما التغيرات الباتولوجيه الزهرية بالذات فأنها تتسبب عادة فى ايجاد ما يتراوح بين عشر وخمسمائة خلية عادة فى المليمتر المكعب من السائل ، وأهم هذه الخلايا فى السائل الزهرى هى « خلايا الليمفوسيت ».

---

(١) تاركين وصف العمليات البكتيرولوجية التفصيلية ليطلع عليها فى المطولات البكتيريولوجية، واذا ذكرنا منها هنا شيئاً فيكون لمجرد مساعدة القارىء على تفهم النتائج التحليلية.

القيمة التشخيصية لخلايا الليمفوسيت :—

(ا) وجودها بكثرة ليس معناه وجود الزهرى لأنها، تكثر ايضاً فى «الالتهاب السحائى الدرنى – تيوبيركيولار مينينجيتيس» مثلا ، ولكن اذا صحبتها علامات اخرى من التى سنذكرها فانها تقودنا لتسهيل التشخيص .

(ب) كثرة عدد هذه الخلايا ليس قاطعاً فى تشخيص نوع مرض الزهرى — فيما اذا اتضح بالعلامات التى تصحب هـذه الخلايا وجود الزهرى — ولكن على العموم لوحظ انها تكون اكثر فى كل ملايمتر مكعب فى حالات « الالتهاب الزهرى السحائى – سيفيليتيك مينينجيتيس» عنها فى حالات الشلل العام او حالات التابيس.

(٢) **وجود مادة الجلوبيولين فى السائل :** — هذه المادة يصعب اكتشافها بالطرق العادية فى السائل المخى النخاعى ، ولكن لوحظ اكتشافها بهـذه الطرق العادية فى حالة زهرى الجهاز العصبى ، ووجودها وحدها ليس مشخصاً للزهرى ، ولكنها عندما تصحبها العلامات الأخرى تساعد جداً على التشخيص كما قلنا فى وجود الخلايا الليمفوسيتيه .

(٣) **القيام بعمل تفاعل فازرمان (ع . ف) للسائل [1] : —**

اذا كانت نتيجة هـذا التفاعل ايجابية (راجع بند (٢) صحيفة ١٨٦) فهذا مشخص قاطع للزهرى، ولكنه لا يقودنا بسهولة وحده الى تشخيص نوع مرض الزهرى العصبى ، وقد لوحظ أن النتيجة تكون اكثر شدة فى ايجابيتها فى حالات الشلل العام ، وأقل فى حالات التابيس والاتاكسى وغيرهما من أمراض الجهاز العصبى .

---

(١) لأخذ عينة من السائل المخى النخاعى لفحصها يجب أن تكون كية السائل اضعاف كمية الدم التى تؤخذ عادة فى تفاعل فازرمان حتى يسهل على المحلل القيام بالفحص طبقاً للتعاليم البكيريولوجية الحديثة .

(٤) **فحص السائل بواسطة « تفاعل لانج »** [1] : — قام « لانج » فى سنة ١٩١٢ باكتشاف أن بعض الاملاح الكولويدية الذهبية اذا امتزجت بالسائل المخى النخاعى المريض فانه يتغير فى شكله عنه فى حالة امتزاجه بالسائل المخى النخاعى السليم، وطبق هذا التفاعل على مرض الزهرى ، ولكن هذا التفاعل يندر استعماله الآن .

(٥) **فحص السائل بواسطة « تفاعل الجاوى — تفاعل بينجوانه — ريأكسيون دى بينجوانه كوللويدال »** : — انتفع بعض العلماء الفرنسيين [2] فى سنة ١٩٢٠ بنظرية « لانج » باستخدام « الجاوى » بدلا من الاملاح الذهبية التى استخدمها « لانج » فجاءت طريقتهم بسيطة واقتصادية ، ونميل الى أن نرجع القارىء الى مؤلف هؤلاء البحاثة (راجع الهامش) حتى يطلع على تفاصيل هذا التفاعل الجاوى ولكن هذا لا يمنعنا من أن نذكر بعض تفاصيل هذا التفاعل لأهمية بعض هذه التفاصيل فى طريقة قراءة نتائج التفاعل مع أن حجم هذا المؤلف لا يجيز مثل هذا الاسهاب : —

سهل « جييان Guillain » أحد هؤلاء العلماء عمليتهم تسهيلا كبيراً ، فصارت تحمل اسم « طريقة الاربع أنابيب » [3] وها هى : —

خذ جراماً واحداً من « الجاوى » غير المسحوق ، ويفضلون النوع الوارد من « سوماترا » ، واذبه فى ١٠ جرام كحول نقى وعملية الاذابة تستغرق ٤٨ ساعة ، وَصَفِّهِ .

ثم خذ $\frac{٣}{١٠}$ من السنتى متر المكعب من هذا السائل وأخلطه ببطء مع ٢٠ سنتيمتراً مكعباً من الماء المقطر وفى درجة ٣٥ سنتيجراد تقريباً .

---

(١) Lange's Reaction ويمكن القارىء مراجعة تفاصيل هذا التفاعل فى المطولات البكتيريولوجية .

(٢) MM Guillain et Laroche et Léchelle : Technique de la réaction du benjoin colloidal, Paris, 1926.

(٣) Méthode des quatre tubes.

واحتفظ بهذا السائل حتى تجهز الانابيب .

ثم جهز خمس أنابيب صغيرة تسع كل منها ٤ سنتيمتراً مكعباً وعلقها على « حاملة الأنابيب — پورت تيب »[١] .

ثم جهز هذه الأنابيب الخمس كالآتى : —

ضع فى الأولى	نصف سنتى مكعباً من الماء المقطر[٢] .	
وضع فى الثانية	١½	» » » » »
» » الثالثة	١	» » » » »
» » الرابعة	١	» » » » »
» » الخامسة	١	» » » » »

ثم خذ الأنبوبة الأولى وضع فيها نصف سنتيمتراً مكعباً من السائل المخى النخاعى الذى ستفحصه وأخلطه جيداً بواسطة المزج الهادىء بتحريك الأنبوبة تحريكا معقولا غير عصبى ، ثم خذ الأنبوبة الثانية وضع فيها نفس الكمية من السائل المفحوص واخلطه بنفس الطريقة

وهنا خذ سنتيمتراً مكعباً من المخلوط فى الأنبوبة الثانية واخلطه داخل الأنبوبة الثالثة

وهنا اشفط بانبوبة رفيعة ضيقة أخرى مقدار سنتيمتراً مكعباً واحداً من الانبوبة (٣) واخلطه بالأنبوبة (٤) .

ثم خذ سنتيمتراً واحداً — بعد أن تخلط السوائل — من الأنبوبة الرابعة ، وبدلا من أن تخلط هذا السنتيمتر مع محتويات الانبوبة الخامسة اقذفه وسط المهملات .

اذن ستكون الأنبوبة الخامسة ليس بها أى سائل مخى نخاعى سيفحص ، وسيفهم القارىء بسهولة — بعد القيام بالتجارب العلمية العملية — ان الانبوبة الخامسة ما وضعت هنا الا للمقارنة ، اى ان ما سيظهر عليها سيساعد على تقرير نتيجة البحث

---

(١) Porte-tubes.

(٢) يجب ان يكون تقطير الماء تقطيرا مضاعفا Bi-distillèe

لأن الاربع أنابيب تحوى سائل التفاعل - اى الجاوى - والسائل المخى النخاعى ، ولكن الأنبوبة الخامسة لاتحوى السائل الاخير . وتكون خلاصة وصف التفاعل هى أن الانابيب الاربعة الاولى [1] تحتوى على : —

(١) الانبوبة الاولى	— بها	٥٠ ٪	سائل مخى نخاعى .
(٢) « الثانية	— بها	٢٥ ٪	« « « .
(٣) « الثالثة	— بها	١٢و٥ ٪	« « « .
(٤) « الرابعة	— بها	٦و٢٥ ٪	« « « .
(٥) « الخامسة	— بها	٠٠٠ ٪	« « « .

ولكنها ما وجدت الا لضبط التفاعل الجاوى .

وهنا نفهم طريقة قراءة « التفاعل الجاوى » فى نتائجها . فالسائل فى الانبوبة (٥) يبقى دائماً محتفظاً بلونه الابيض اللبنى ، واذا بقى السائل فى الانابيب الاربع الأخرى محتفظاً بهذا اللون فتكون النتيجة سلبية ، واما اذا تغير هذا اللون فى الأنابيب الأربع بأن رسبت ذرات الجاوى لأسفل الأنابيب وصار السائل رائقاً فى هذه الانابيب فتكون النتيجة ايجابية .

ولنجاح التفاعل الجاوى يجب أن يكون السائل المخى النخاعى رائقا خالياً من الدم .

ووجد أن هذا التفاعل يكون ايجابياً دائماً فى حالات الشلل العام والتابيس ، وايجابياً فى اكثرية الحالات المصحوبة بالتهابات الأغشية المخية فى دور تعميم العدوى .

---

(١) هذا التفاعل يمكن عمله باستخدام ١٦ أنبوبة ولكن « جييان » اكتفى بالاربع أنابيب الاولى ، اذ انه وجد ان الاربع أنابيب الاولى من المجموعة ١٦ تحوى « منطقة أظهار الزهرى » او كما عبر عنها هو : —

"La zone syphilitique de la reaction.

علاج الزهري

علاج الزهرى لا يزال خاضعاً للأدوية المعدنية اللهم الا فى بعض حالات زهرى الجهاز العصبى التى سنذكرها بعدئذ . وأهم هذه المعادن : —

الزئبق ، والزرنيخ ، والبيزموت ، واليود ،والكبريت، والنحاس ، والزنك (وقد استخدمت الذهب أخيراً ايضاً لمعرفة قيمته كما سيأتى) :

الزئبق

يستخدم الزئبق بواسطة أخذه بالفم، او بالتدليك على الجلد ،او بلبوس شرجى، او بحقن داخل العضلات ، او بحقن بالوريد

(١) **بالفم** - يعطى الزئبق فى شكل حبوب تحوى كل حبة ٠٫٠١ جرام من السليمانى [1] او ٠٫٠٥ جرام من پروتويودور الزئبق مثلا . ويجب أخذ هذه الحبوب بعد الأكل . واستخدام الحبوب الزئبقيه قل الآن أو انعدم تقريباً . ويعطى الزئبق بشكل **برشام** كالآتى مثلا : —

كالوميل ٠٫٠١ جرام
سكر اللبن ٠٫١٠ جرام

فى برشامة واحدة ، تؤخذ برشامتان يومياً بعد الأكل .

وهذا البرشام أفضل جداً من الحبوب اذا كان لا بد من تعاطى الزئبق بهذا الشكل . ويعطى الزئبق بشكل **سائل** كالآتى مثلا :—

---

(١) المدرسة الزهرية الانجليزية ميالة دائماً لاستخدام مقادير زئبقية أقل من هذه المقادير. وتوجد حبوب زئبقية مجهزة مختلفة امدة فابريقات . ولكن الحبوب المجهزة تصير قديمة وتصبح متحجرة صعبة الامتصاص قليلة التأثير .

سليمانى ٠٠و١ جرام
ماء مقطر ٠٠و٩٩٩ جرام [١]

ويعطى هذا للاطفال المزهورين بمعدل سنتى متر مكعب[٢] لكل ٢ كيلو جرام من وزن الطفل ، ويخلط الدواء بقليل من اللبن للرضيع وبقليل من الشربات للمفطومين ، وعيب هذا العلاج هو انه كثيراً ما يتسبب فى القىء ، واذا استخدم زمناً طويلا فقد ينتج عنه التهابات معدية معوية عنيدة فى شفائها .

وهكذا يمكن استخدام هذا السائل للشبان والشابات مع زيادة المقدار.

(٢) **بالتدليك** : يستخدم الزئبق كعلاج للزهرى بواسطة التدليك ، ولكن هذه الطريقة زيادة عن انها تترك المريض فى حالة قذرة مستمرة فانها تعرض الجلد لالتهابات هو فى غنى عنها، وفى نفس الوقت تحتاج لمدلك ماهر قوى صبور .

ويستخدمون للتدليك « المرهم الزئبق » او « مرهم راسب أبيض » او « مرهم كالوميل » مثلا . وطريقــة التدليك هى أن تدلك الزراعين اليوم ، وباكر تدلك الصدر ، وبعد باكر الظهر ، وبعد بعد باكر الطرفين السفليين ، وهكذا ، وهكذا ، مع مراقبة جلد وبول المريض جيداً منعاً لحدوث تسمم زئبقى .

(٣) **اللزقة الزئبقية** [٣]

توضع هذه اللزقة بالتتابع على الاطراف كما فى التدليك وتترك مكانها مدة ٨ أيام، اللهم الا اذا حصل التهاب بالجلد أو أحدثت اكزيما فاننا نضطر لرفعها قبل مرور هذه المدة . ويكرر وضع هذه اللزقات لمدة ٥ الى ٦ أسابيع .

(٤) **لبوس شرجى** : العنصر الفعال فى هذا اللبوس هو «الزيت الرمادى» [٤]

---

(١) تركيب Van Swieten

(٢) ويمكن مضاعفة هذا المقدار اذا اظهر الطفل احتمالا للزئبق وكانت الحالة داعية للاستعجال

(٣) Unna-Beiersdorf

(٤) « والزيت الرمادى Gray Oil » يحوى ٤٠ و . جرام من مسحوق الزئبــق نفسه معلقا فى سينتمتر مكعب من خليط من زيت الزيتون واللانولين

وتأثير اللبوس على المرض أقل بكثير من تأثير الحبوب او البرشام أو السوائل ، و يتسبب عنه احيانا التهاب الاغشية المخاطية الشرجية .

(٥) **بالحقن داخل العضلات** : وتنقسم أنواع الاملاح الزئبقية التى تحقن بالعضلات الى قسمين : —

(ا) **أملاح ذائبة** : وهى أسرع فتكا بالمرض من الاملاح الاخرى ولو أن تأثيرها على الميكروبات غير مستمر . وأهمها : —

بينزوات الزئبق ٠٫٠٢ جرام فى الحقنة يوميا أو .

سيانور الزئبق[1] ٠٫٠١ جرام « « أو

بييودور الزئبق ٠٫٠٢ جرام « « «

وأفضلها حقن السيانور لانه مدر للبول فيمكن استخدامه فى الحالات التى لايمكن معالجتها بالعلاجات الزرنيخية مثل الالتهاب الكلوى الزهرى،خصوصاً وانه يمكن اعطاؤه للمريض بالوريد كما سيأتى بصحيفة ١٩٦ .

(ب) **أملاح غير ذائبة** : وهى بطيئة التأثير على المرض ولكن مفعولها يستمر لزمن أطول عن الاملاح الذائبة . وأهم هذه الاملاح : —

(١) الكالوميل ٠٫٠٥ جرام فى الحقنة الاسبوعية .

---

(١) ويمكن استخدام ملح (اوكسى سيانور الزئبق) بمعدل حقنة سنتى متر مكعب من محلول هذا الملح (بنسبة ٢٥ و ١ جرام من الملح مذابة فى ..و ١٠٠ جرام من الماء المقطر) يومياً .

ويجهز السيانور الزيبق فى السوق مصحوبا بالكوكايين ليخفف الألم الموضعى للحقنة،ويوجد تركيب آخر لا يختلف كثيراً فى تأثيره عن السيانور والكوكايين وهو (« هيدر ارجيروم سكسيثيميد » ٠٫٠٢ جرام ، وكوكايين ٠٫٠١ جرام ، وماء مقطر ..و ١ جرام فى حقنة). وتوجد حقن زئبقية التراكيب فى السوق تحت اسم « ازورول » و « نوفازورول » وتوجد حقن من « الزئبق مع الزرنيخ» مثل حقن «ارسينو هيجرول » أو حقن«مودينول » الخ .الخ .

(ويمكن رفع هذا المقدار الى ١٠ و . جرام في الاسبوع) ولوحظ ان هذا الملح قد يحدث عنه تسمم فى بعض الحالات ووصل التسمم ببعض المرضى الموت [(١)]

(يوجد تركيب مجهز يباع باسم « الكالوميل ايليكتر وليتيك Zambeletti [(٢)] وأفضله عن غيره) .

(٢) ساليسيلات الزئبق : خذ ٣ جرام من هذا الملح وضعها فى ٢٧ جرام زيت الزيتون وتعقم . ونبدأ بحقن نصف سنتى مكعب ، وبعد أسبوع نحقن ¾ سنتى مكعباً وبعد أسبوع نحقن سنتى مكعباً وهكذا ، والالمان أكثر استخداماً لهذا الملح كما ان الفرنسيين اكثر استخداما الكالوميل .

(٣) « هيدر ارجيرى تيمولو أسيتيكى » يجهز هذا الملح كالملح السابق و يستخدم بنفس الطريقة والمقادير .

(٤) « الزيت الرمادى — جرى أويل » : مسحوق الزئبق المعدنى ٤٠و . جرام معلق فى سنتى متر مكعب من خليط من اللانولين وزيت الزيتون . ويحقن منه كل أسبوع مقدار ٦ . و. جرام الى ٨ . و . جرام الى ١٠ و . جرام من مسحوق الزئبق (وتوجد « حقنة — سيرينج » خاصة مدرجة ١٠ درجات كل درجة منها تحوى سائلا يكون مقدار ما فيه من مسحوق الزئبق سنتيجرام واحد) .

(٦) **بالحقن داخل الوريد** : واهم التراكيب التى تستخدم هكذا هى :

(١) سيانور الزئبق يستخدم حقناً داخل الوريد بمقدار ١ . و. جرام يومياً أو ٢ . و . جرام كل يومين ، وهو يفضل التراكيب الزرنيخية فى بعض الحالات المتعذر استخدام الأخيرة فيها مثل الالتهاب الزهرى الكاوى وخصوصاً لأنه مدر قوى للبول .

---

(١) Backer : Fatalities from intramuscular injections of Calomel : The Medical Review, June, 1922.

(٢) وهو كالوميل مجهز بطريقة خاصة ومعلق فى زيت الكافور . ولاحظت انه أقل ايلاماً من حقن الكالوميل العادية

(٢) « الزئبق الكولويدال »[1] ويحتمله المرضى جيداً ولكنه أضعف فى تأثيره على المرض من السيانور .

(٣) « اينيسول » وهو ساليسيل ارسينان الزئبق ، أى مركب زئبق زرنيخى ، ويجهز فى أنابيب بها ٢ أو ٣ أو ٥ سنتيمتر مكعباً يحوى كل سنتى مكعب منها مقدار ٠٫٠٣ جرام اينيسول . ويحقن المريض منه ٢ سنتى مكعب كل يوم أو ٣ كل يومين أو ٥ كل ٣ أيام . وهو لا يؤلم قط فى الوريد ولكنه اذا حقن فى العضلات فانه يؤلم قليلا ولكنه ألم اقل من ألم املاح الزئبق الغير الذائبة . وتأثير هذا الملح أضعف حتما من التراكيب الزرنيخية الكبرى وأضعف حتى من تأثير السيانور الزئبقى على المرض ، ولكنه يحتمل بدون أى مضاعفات كالتهاب اللثة أو الالتهابات المعدية المعوية التى كثيراً ما تصحب غيره من التراكيب الزئبقية الأخرى ، ولذا فاننا نفضله عليها خصوصاً فى حالات الأشخاص الذين يظهر عدم احتمالهم السيانور .

العوامل المانعة من استخدام الزئبق : يمكننا أن نقول من الوجهة العملية انه لا توجد عوامل قوية تمنع من استخدام الزئبق الا فى حالات الضعف التام المصحوب بهزال فى الجسم أو فى حالات السل ففى مثل هذه الحالات يمكن استخدام التراكيب الزرنيخية بعناية وحيطة تامة وأما فى حالات ضعف الكبد أو الكلى فلا يجوز استخدام مقادير زئبقية كبيرة ، ويمكن استخدام الاوكسي سيانور أو سيانور الزئبق والأخير أفضل خصوصاً اذا أعطى فى الوريد ومع عدم نسيان انه مدر قوى للبول .

اعراض التسمم بالعلاج الزئبقى

التى تظهر احياناً على المرضى

اذا وصل المريض لبدء دور التسمم فانه يشعر باشتداد الطعم المعدنى فى فمه (لأن المرضى يشعرون وقت معالجتهم بالزئبق بطعم معدنى فى فمهم ولكنه لا يكون

---

(١) وهو يجهز تحت اسم :— "Ionoide d'hydrargyre', 'Electro mercurol'."

ظاهراً محسوساً جداً كما هي الحالة في بدء التسمم) . ثم تبدأ اللثة العليا والسفلى في الالتهاب والتضخم ، كما يحدث ذلك للغشاء المخاطي في داخل الفم كله ، ويكون مصحوباً بشعور باختناق بسيط ولكنه يتزايد ، ويكون اللسان أبيضاً ، وأحياناً أيضاً متسخاً وجافاً ، وقد تتناثر قطع من سطح الفم المخاطي في احجام مختلفة .[1]

ويشعر المريض بآلام في معدته وبقيء مستمر أو متقطع . ويصير سطح جسمه بارداً (مع ان حرارته قد تكون مرتفعة لتسمم موضعي في أي مكان في جسمه) . ويكون النبض ضعيفاً وسريعاً ، ويكون التنفس سريعاً ، أو سريعاً جداً ، وفي بعض الحالات الشديدة في التسمم يصير بطيئاً . أما البول فيكون مملوءاً بالزلال ويتناقص شيئاً فشيئاً حتى تصل الحالة الى انحباس بولي تام .

علاج اعراض التسمم الزئبقي

تعالج هذه الاعراض — اذا حدثت — طبقاً للتعاليم الطبية العامة في علاج أنواع التسمم المعدني ، وخصوصاً الزئبقي،وتتلخص في مثل هذه الحالات في اعطاء مسهلات المانيزيا أو الصودا ، مع اعطاء المريض سوائل مختلفة لغسل الجسم من سمومه الزئبقية . وأما الآلام فقد تستخدم لها المورفين[2] . وأما الغذاء فيفضل أن يكون خفيفاً جداً ومن أنواع الغذاء الالبيومينية كاللبن أو كسائل زلال البيض . ولوحظ ان زيت الزيتون في جرعات بمقدار ملعقة شوربة ٤ مرات يومياً مفيد غذائياً وعلاجياً .

وتجب ملاحظة الكلى والقلب دائماً في مثل هذه الحالات مع العناية بهما طبقاً لجميع التعاليم الطبية الباطنية .

---

(١) وقد رأيت خمس حالات كان تناثر هذه القطع فيها ظاهراً جداً لدرجة أن القطعة منها كانت بحجم ٣ سنتي في ٤ سنتي متراً . ورأيت حالة كانت القطع فيها متسمة كسابقتها ولكنها متضخمة لدرجة ½ سنتي متراً ، ويمكننا التعبير عن هذه الحالة بأن المريض « كان يقيء لحم فمه » .

(٢) وقد استخدمت نوعاً من العقاقير المجوزة في مثل هذه الحالات التسممية التي عرضت على من أرياف القطر ووجدت له تأثيراً فعالا ، وهو « بيركايين — Percaïne » وخصوصاً انه لا يؤثر على المرضى كتأثير المورفين السيء .

الزرنيخ

أول مركب زرنيخي قوى فى علاج الزهرى اكتشفه ايرليش وهاتاوهو الذى يحمل اسم سالفارسان [١] — أو (٦٠٦)

وهو عبارة عن مسحوق أصفر فاتح ، داخل انبوبة محكمة القفل به ٣١ فى المائة من الزرنيخ ، وهو حمضى ولذلك تجمد السوائل الزلالية اذا اختلطت بمحلول ٦٠٦

ويتأكسد هذا المسحوق بسرعة اذا اختلط بالاوكسيجين ، ولذلك نرى ان دخول قليل من الهواء فى الانبوبة يقلب لون المسحوق الى أحمر طوبى ثم سريعاً الى أحمر غامق ثم الى أحمر بنى . وأقل تغيير فى لون المسحوق يجعله ساماً غير صالح للاستعمال .

وأول ما اكتشف هذا العلاج استخدم كحقن فى العضلات [٢] ، ثم عدل عن ذلك لما نتج عنه من آلام موضعية شديدة مع تكوين خراجات كبيرة الحجم . وبدأوا فى استعماله كحقن داخل الوريد .

تجهيز المريض للحقنة

بعد فحص قلب المريض ورئتيه وبوله يعطى شربة و يؤمر بعدم تعاطى الطعام لمدة ٨ ساعات قبل أخذ الحقنة على الأقل [٣] . ثم عند عمل الحقنة ينام المريض على « ترابيزة العمليات » أو ما يماثلها بحيث يوضع ذراعه على « مسند » ثابت . ثم يربط الذراع فوق مفصل المرفق بحبل من الكاوتشوك بحيث يكون الضغط كافياً فقط

---

(١) Chlorhydrate de dioxydiamino-arsénobenzol.

(٢) وحاولوا استخدام علاج ٦٠٦ بواسطة تعاطيه بالفم ولكن نتج عن ذلك متاعب هضمية معدية ومعوية وكان تأثيره على المرض ضعيفاً جداً كما بين ذلك « فورنيه » وزميلاه Fournier, Guenot et Renault: Bull. Soc. de Derm, p. 437, 1911.
ولذلك فان هذه الطريقة فى العلاج عدل عنها تماماً .

(٣) لان عدم الحيطة فى ذلك قد ينتج عنها ان المريض يتقيأ الأكل الذى يأكله بمجرد دخول الحقنة فى الوريد .

لتضخم الأوردة ولكنه لا يكون ضغطاً قوياً . و يعقم جلد الذراع فى هذه المنطقة بالأتير النقى مثلا ، ثم يحقن بالحقنة التى تكون جهزت .

تجهيز حقنة ٦٠٦

طريقة اذابة المسحوق : تكسر الأنبوبة التى بها المسحوق و يصب المسحوق على سطح ماء مقطر [1] بمقدار ١٥ الى ٢٠ سنتى متراً مكعباً موضوعاً فى وعاء زجاجى، و يجب أن يكون الماء المقطر مقطراً حديثاً لأن الماء المقطر المخزون فى زجاجات لمدة طويلة يحوى دائماً مواد غير نقية ، فيذوب المسحوق بدون تحريك الوعاء ، و بالعكس يجب عدم تحريك الوعاء والا فان المسحوق « يكلكع » . وهذا السائل يكون حمضياً، ولحقنه فى مجرى الدم يجب أن يكون غير حمضى أو قلوياً قليلا .

اعدام الحمضية وقلوية السائل : جهز محلول الصودا القلوى بقوة ٤ فى المائة ، و يجهز هذا المحلول بماء مقطر حديثاً أيضاً . ثم صب هذا المحلول القلوى نقطة نقطة فوق السائل الزرنيخى ، فيبدأ السائل الزرنيخى يترسب فى شكل چيلاتينى ،ثم صب مقداراً آخر من المحلول القلوى يعادل ثلث المقدار الذى صببته أولا تقريباً فترى الراسب الچيلاتينى ذاب وصار السائل الزرنيخى رائقاً جداً وقد أصبح قلوياً لدرجة كافية لحقنه بالوريد بدون أى خطر على المريض لا من حموضة السائل السابقة الذكر ولا من قلوية شديدة فيما اذا استخدم السائل القلوى اكثر مما ذكرنا .

ثم خفف السائل الزرنيخى الأخير بماء مقطر حديثاً أيضاً بحيث تصبح كل خمسة سنتيجرام من المسحوق مذابة فى ١٠ سنتيمتر مكعباً من المـاء المقطر [2] وضعه فى جهاز الحقنة .

جهاز الحقنة : توجد أجهزة متعددة لعمل هذه الحقنة ، وكنا سابقاً نستخدم

---

(١) كل الماء المقطر الذى يستخدم في تجهيز هذه الحقنة يجب ان يكون في درجة حرارة ٣٧ سنتيجراد تقريباً .

(٢) وكنا نستعمل سابقاً محلول ملح الطعام بنسبة ٥٠ و٠ فى المائة من الماء المقطر ولكننا عدلنا عن ذلك ونفضل الآن استعمال الماء المقطر .

« جهاز الأنبوبتين » ولكن أبسط جهاز يستخدم الآن هو اسطوانة زجاجية مدرجة من ٥٠ سنتى مترمكعب الى ١٠٠ و ١٥٠ و ٢٠٠ و ٢٥٠ و ٣٠٠ ، وبأسفل الاسطوانة توجد فتحة صغيرة توضع فيها أنبوبة من الكاوتشوك وبالطرف الآخر للأنبوبة توجد قطعة من المعدن تركب عليها الابرة الوريدية .

فلعمل الحقنة يعقم هذا الجهاز كله فى الماء المقطر حديثاً أيضاً ، ثم يوضع فيه السائل المخفف أخيراً وتعمل الحقنة كما سيجيء الوصف فى باب « علاج ٩١٤ » مع فارق واحد ، وهو أن السائل فى « ٩١٤ » يقذف فى الوريد « بحقنة ريكورد » وهنا يدخل السائل فى الوريد بواسطة ضغط العمود السائل الموجود داخل الاسطوانة .

تراكيب تشبه السالفارسان : لما صنع الألمان « ٦٠٦ » قلدهم الانجليز وصنعوا ما سموه « خارسيفان » وهو يشبه السالفارسان ، وصنع الفرنسيون تراكيب كثيرة أهمها « تربيارسينان » و « ارسينو بينزول » و « سانار » وكلها تراكيب تشبه السالفارسان بيولوجيا وكيماويا .

وكل هذه التراكيب من السالفارسان واشباهه مجهزة فى أنابيب تحوى كل مجموعة منها ست أنابيب ، تحوى الأولى ١٠ و ٠ جرام من المسحوق ، والثانية ٢٠ و ٠ جرام والثالثة ٣٠ و٠ جرام والرابعة ٤٠ و٠ والخامسة ٥٠ و٠ والسادسة ٦٠ و٠ جرام .

ولسنا هنا فى مقام المقارنة بين قيمة مختلف هذه التراكيب الزرنيخية ، الا أننا نستلفت القارىء الى أن معظم التراكيب التى تشبه السالفارسان الأصيل كانت صناعتها نتيجة لقيام الحرب العالمية سنة ١٩١٤ . . . وبما أنه معترف بأنها تشبه السالفارسان الأصلى بيولوجيا وكيماويا فلنتكلم عنها جميعها أصيلها واشباهه وسنسميها من الآن التراكيب الزرنيخية من مجموعة « ٦٠٦ »

المضاعفات الثانوية التى تحدث للمرضى أحياناً

نتيجة لحقنهم بتراكيب « ٦٠٦ »

(١) يحدث أحياناً أن يصاب المريض بعد حقنه بأى واحد من تراكيب

« ٦٠٦ » بانتفاخ فى الوجه وبسرعة فى النبض وباتساع فى حدقة العين وتقلص فى عضلات الفم والزور وتضخم فى اللسان وضيق فى التنفس ، وفى حالات تأثر المريض بشدة قد يصاب أيضاً بتقلص فى عضلات الأطراف وقد يصل للأغماء .[1]

(٢) ارتفاع فى درجة الحرارة وصداع شديد .

(٣) طفح جلدى من نوع « أورتيكاريا » أو من نوع لطخى أو فى الحالات الشديدة يصاب المريض بنوع « التهاب جلدى متقشر »[2] مصحوب بالتهاب رئوى أو نزيف معدى أو معوى ، ومثل هذه الحالات الشديدة تنتهى احياناً بالموت .

(٤) التهاب فى اللثتين وغشاء الفم المخاطى كله .

(٥) اسهال وقيء .

(٦) زلال مصحوب باسطوانات كلوية أو غيرها من علامات الالتهاب الكلوى .

(٧) اليرقان[3] ، ففى حالات التسمم البسيط يكون اليرقان بسيطاً وقد لا يمكث أكثر من بضعة أيام ، وأما فى الحالات الشديدة فيكون من نوع أصابة الكبد بمرض « الضمور الاصفر الحاد » .[4]

(٨) أعراض مخية حادة ، وأهمها ألم شديد بالرأس واضطراب فى القوى العقلية وتشنجات واغماء وغيبوبة قد يعقبها الموت . وفى مثل هذه الحالات قد يصاب المريض بانحباس تام فى البول أو تكون كمية البول قليلة جداً ومملوءة بالزلال . وقد يصاب عصب البصر بالتهاب حاد .

وتتراوح الأعراض التى ذكرناها سابقاً بين الخفة والشدة وبين حدوثها منفردة أو مجتمعة بعضها أو كلها عند المرضى المختلفين .

---

(١) يعبر الاطباء عن هذه المجموعة من الاعراض بقولهم باختصار :—

"Nitritoid Crises" وغيرهم يعبر عنها به "Anaphylactoid Crises."

(٢) Exfoliative Dermatitis

(٣) Jaundice.

(٤) وراجع فى هذا الموضوع :—

(a) Pulvermacher: Vortrag 8, V. 1917, Berliner Derm. Gesell.

(b) Derm. Zeits. Bd. XXIV. Heft 10.

ولعلاج الاعراض المذكورة تحت (١) يحقن المريض بمقدار سنتى مكعب من سائل الادرينالين بنسبة ١ فى ١٠٠٠

ولعلاج (٢) يعطى المريض واحداً من مخفضات الحرارة مثل البيراميدون أو الفيناسيتين أو الاسپرين مصحوباً بقليل من سيترات الكافيين .

لعلاج (٣) يعطى المريض بعض أقراص الكبريت لأنه لوحظ ان الكبريت ترياق فعال ضد الزرنيخ . ويمكن حقن المريض أيضاً بحقن « الانترامين » بمقدار ٢ سنتى مكعب ثم ٣ سنتى بعد يومين ثم ٥ سنتى بعد خمسة أيام . وأما فى حالات « الالتهاب الجلدى المتقشر» فتعالج الحالة طبقاً لتقدم الالتهاب الجلدى من استخدام مسكنات مثل مسحوق النشا أو الكالمين أو حمامات « مغلى الردة » . الخ . . . من علاجات جلدية موضعية وعامة مع ملاحظة تقوية الجسم .

لعلاج (٤) مسهلات وغرغرات قابضة ومطهرة .

لعلاج (٥) و (٦) يعمل ما يلزم لحالات الاسهال والقىء ولحالات الالتهابات الكلوية العادية .

لعلاج (٧) مسهلات قلوية مع غذاء خفيف جداً ويكون اكثره نشويا .

لعلاج (٨) يجب تخفيف الضغط المخى باستخراج مقدار ١٥ الى ٢٥ سنتى متراً مكعبا من السائل المخى النخاعى مع حقن المريض عضلياً بالأدرينالين من آن لآخر وتلاحظ معالجة باقى الاعراض المخية أو النخاعية او العصبية طبقاً لتعاليم الطب العامة .

نيوسالفارسان ٩١٤

هو مسحوق أصفر ناعم جداً يجهز عادة فى أنابيب صغيرة من الزجاج مقفلة بحيث لا يدخلها هواء وموضوعة فى علب صغيرة من الورق المقوى وعليها امضاء (ايرليش) وتوجد أنواع ٩١٤ مجهزة فى بلاد أخرى غير المانيا . وطريقة اعطاء الحقنة هى تجهيز المريض بعد فحص قلبه وصدره وتطهير ذراعه عند المرفق بالكحول القوى وبعدئذ بالاتير ويمكن الاكتفاء بالكحول . وعندئذ ينشر الطبيب رقبة الأنبوبة التى بها المسحوق بمنشار صغير يوجد مع كل حقنة ويضع المسحوق فى كأس من الزجاج معقم

و به مقدار ٥ جرام ماء مقطر(ا كوا ديستيلاتا) . و بعد دقيقة تقريبا يذوب المسحوق تماماً فيأخذ الطبيب السائل الاصفر الليمونى الذى بالكاس داخل حقنة من نوع (ريكورد). و يربط ذراع المريض بحبل من الكاوتشوك فوق المرفق (و يعطى طرفى الحبل لمساعده أو للمريض نفسه ليمسكه بيده الاخرى أو يضغط على طرفى الحبل بجفت شريانى « ارتيرى فورسيبس »أو يضغط الذراع بأى جهاز من الاجهزة الخاصة بحجز الدم — و يعطونها اسم تورنيكيه). و يطلب من المريض ان يفتح أصابعه و يضمها بقوة مرات متوالية . و بذا تنتفخ الاوردة التى بالذراع عند المرفق فيمكنه بسهولة ادخال الابرة داخل وريد ينتقيه منها . و يعرف الطبيب ان الابرة دخلت الوريد بأن يرى الدم خارجا من طرف الأبرة الآخر[1] وعندما يرى الدم خارجاً يضع طرف (حقنة ريكورد) فى فتحة الأبرة و يدفع السائل الأصفر ببطء داخل الوريد حتى آخر نقطة من حقنة نيوسالفارسان و بعدئذ يخرج الأبرة من الوريد ، و يضغط مكانه قطعة من القطن عليها ٣ نقط من (صبغة اليود) على جلد الذراع عند الفتحة التى دخلت منها الحقنة و بعد مرور دقيقة يطلب من المريض ان يثنى ذراعه مع وجود قطعة القطن لمدة دقيقتين . و بعد ذلك يرمى قطعة القطن التى عليها صبغة اليود و يضع مكانها قطعة قطن معقمة و يربط الذراع برباط قصير من الشاش و يطلب من المريض رفع هذا الرباط بعد ساعتين أو ثلاث ساعات . و يستحسن ان لا يأكل المريض يوم الحقنة شيئاً غير اللبن وان لا يقوم بأى عمل بل يريح نفسه تماماً ، ولو أن هذه الحيطة غير ضرورية الا فى الكميات الكبيرة .

هذه هى أحسن طريقة لعمل الحقنة واذا لوحظت كل هذه الخطوات فلا يحدث للمريض أى أضطراب من الاضطرابات التى نسمع عنها عادة . فمثلا يدخل بعضهم الأبرة فى الذراع ومع أنه لم ير الدم خارجاً من طرفها الآخر فهو يدفع الحقنة فى الذراع فتدخل طبعاً تحت الجلد و ينتج عن ذلك ألم شديد بمحل الحقنه و يتورم الذراع وربما

(١) و يمكن عمل الحقنة بواسطة وضع الابرة فى نهاية الريكورد ووضع الابرة فى الوريد ، وفى هذه الحالة يتكل الطبيب على خبرته فى معرفة ما اذا كانت الابرة داخل الوريد أو ليست داخله، ويمكنه التحقق من ذلك بسحب مقدار من الدم داخل الحقنة. ولكل طريقة مدرسة تفضلها.

يتقرح الجلد ويعرض الطبيب مريضه لعذاب طويل لمجرد خجله من ان يخرج ابرته من الذراع ويحاول ادخالها مرة أخرى حتى تصيب وريداً فى طريقها فتخترقه. ونستحسن ان نذكر القارىء بأنه اذا دخل سائل نيوسالفارسان تحت الجلد وليس فى الوريد فلا بد من ان يتورم ذراع المريض

واذكر هنا حالتين ربما يستفيد منهما القارىء. زارنى . م . بك . ع وقال ان الدكتور . . . أعطانى حقنة كبيرة فى ذراعى الايمن البارحة واليوم صباحاً ذهبت له متكدراً جداً لان ذراعى يؤلمنى شديد الالم فنصحنى بعمل مكمدات ساخنة مرة كل ٤ ساعات فعملت مكمدتين ولم أشعر الا بازدياد الالم والآن وقد صرت لا أطيق الألم جئت اليك مؤملا ان تصلح خطأ زميلك الفاضل . ففحصت ذراعه ووجدته متورماً بشدة ووجدت طبقة رقيقة من الجلد بارزة وتحتها افرازمائى. فنصحته بأن يعمل مكمدة انتيفلوجيستين(١) فعملها وذهب الورم تدريجياً فى مدة ٣ أيام ولكن طبقة الجلد التى كانت بارزة تسلخت رغم العناية بأ بقائها ونتج عن تسلخها بقاء سطح مكشوف بالذراع مساحته كقطعة العشرة قروش لمدة ١٢ يوما و بعد ذلك ابتدأ الجلد يتكون على هذا السطح وشفى المريض فى مدة ٢٢ يوماً

وزارنى ف . افندى ع ووجدت تقرحات عميقة بذراعه وأخبرنى ان ذلك نتيجة حقنة ٦٠٦ أعطاها له حكيم المركز وأعقبها تورم شديد بذراعه وصار طبيبه يعالجه مدة شهر ونصف ولكنه لاحظ ان التقرح يشتد وأنه ربما يعجز عن تتميم علاجه ونصحه بأن يستشير أحد الاخصائيين فعالجت الحالة كتقرح عميق نتيجة تأثير الزرنيخ على أنسجة الجسم ولم يشف المريض الا بعد مرور ٣ شهور .

ومما تقدم يرى القارىء أهمية وجود الابرة داخل الوريد ويفهم اهتمامنا بالضغط بأصبعنا على الذراع محل دخول الابرة بعد اخراجها والغرض من ذلك منع ارتشاح قليل من السائل الزرنيخى الذى دخل الوريد بواسطة خروجه من الفتحة التى تركتها الابرة بالوريد . ولكن بعد مرور بضع دقائق يحصل انسداد طبيعى فى هذه الفتحة فلا داعى لضغط الذراع . وأما اهتمامنا بربط الذراع فهو احتياط زائد — أى غير ضرورى — ولكن قد يفيد بمنع دخول أى ميكروبات داخل الفتحة خصوصاً اذا

---

(١) يباع انتيفلوجيستين فى علب كبيرة وصغيرة . وطريقة تجهيز المكمدة هى ان توضع العلبة فى ماء ساخن و يغلى تحتها حتى (تسيح) المادة التى داخل العلبة وتؤخذ العلبة وتفتح وتفرش المادة التى تشبه (المربة) على قطعة من القماش (الكستور أو الصوف) وتوضع فوق الجسم على النقطة المراد عمل المكمدة لها وتغطى قطعة الكستور مثلا بلفاف سميك من القطن . و يربط فتبقى المكمدة ساخنة لمدة طويلة وتستعمل هذه المكمدة فى امراض أخرى كثيرة

كانت الابرة التى استعملت سميكة فتترك فتحة متسعة ، وعلى العموم فهو لا يكلفنا أى مشقة وربما منع كارثة عظمى . وأما عادة اذابة مسحوق الحقنة فى ٥ جرام أو فى بعض الحالات فى ١٠ جرام فذلك لأن استعمال سائل مخفف لا يعقبه صداع أو قىء وتوجد طبقة من الأطباء تتبع عادة اذابة المسحوق داخل انبوبته ولذا هم يذيبون المسحوق بواحد أو ٢ جرام من الماء المقطر ، فيكون السائل قويًا ولا يوجد ما يمنع من اذابة المسحوق داخل انبوبته بوضع الماء المقطر داخل الأنبوبة مع المسحوق بشرط ملاحظة عدم تلويث داخل الأنبوبة .

المضاعفات الثانوية التى تحدث احيانا

نتيجة لعلاج (٩١٤)

كل المضاعفات السابق ذكرها فى (٦٠٦) قد تحدث فى علاج (٩١٤) . ولكن يوجد فرق واحد بين العلاجين ، وهو ان المضاعفات التى ذكرناها فى علاج (٦٠٦) اذا ظهر بعضها بعد علاج (٩١٤) فانه يكون ضعيفًا جداً ، وقلما ينتج عن (٩١٤) أية اخطار تذكر ، اللهم الا فى بعض حالات استعداد المرضى للتسمم بهذا الدواء اى فى حالة وجود « ايديوسينكراسى » عند المريض .

علاج هذه المضاعفات

استخدام نفس العلاج السابق ذكره فى صحيفة ٢٠٢ وتكون النتائج فى أكثرية الحالات ناجحة ، ويندر جداً وجود حالة يأس مع العناية بتقديم العلاج اللازم .

وتوجد مجموعة من التراكيب تشبه ال (٩١٤) وأهمها :—

« رود أرسان » (١) و « نيوارسينوبينزول » (٢) و « نوف ارسينو بينزول » (٣) و « نيوتريبارسينان » (٤) وكلها تستخدم بنفس الطريقة التى يستخدم بهـا علاج

---

(١) Rhodarsan (٢) Neoarsenobenzol

(٣) Novarsenobenzol (٤) Neotreparsenan

(٩١٤) مع بعض التغيير فى كمية ذوبان هذه المواد ، ومع ملاحظة تأثيرها على المرضى ومقدار احتمالهم لهذه العلاجات . وقد يستخدم علاج (٩١٤) بواسطة الفم ويوجد مجهز تحت اسم « نارسينول »[1] موضوع فى « كاپسول » يؤخذ بالبلع فى الفم ويذوب فى الأمعاء ولا يتأثر بالافرازات المعدية حتى لا يؤثر على غشاء المعدة ويتسبب فى قىء شديد ، ولكنه مع ذلك لوحظ أنه يتسبب فى اسهال وتقزز وقىء فى كثير من الحالات ، وهو لا يستخدم عادة إلا فى حالات استحالة وجود طرق العلاج الأخرى باستطاعة المريض .

طرق حقن ال ٩١٤ الأخرى : يمكن حقن (٩١٤) فى العضلات مع استخدام (مقدار ٣ الى ٥ سنتى متراً مكعباً من محلول « نوڤوكايين » ١ ٪ فى سائل « الجلوكوز ») كأساس لاذابة ملح (٩١٤) . ومع كل هذه الحيطة فانه لوحظ ان الحقن بهذه الطريقة يكون مؤلماً ، وقد تحدث له كنتيجة ، مباشرة أو غير مباشرة ، خراجات .

ويمكن حقن أنواع (٩١٤) تحت الجلد باذابتها فى محلول ١ ٪ « نوڤوكايين » أيضاً ، ولا ينتج عن ذلك ألم عند عمل الحقنة ، ولكن لوحظ فى أكثرية الحالات حدوث ألم شديد بعدئذ وقد يستمر لبضعة أيام بعد الحقنة . ولذا ننصح بعدم استخدام هذه الطريقة بتاتاً .

المضاعفات الثانوية نتيجة
الأنواع السابقة الذكر وعلاجها

تتبع فى دراسة هذه المضاعفات وعلاجها نفس الطرق التى ذكرت فى المضاعفات الناتجة عن المواد الزرنيخية السابقة الذكر وعلاجاتها مع ملاحظة الظروف الموضعية للحقن العضلية أو تحت الجلدية .

---

(١) Narsenol

تراكيب زرنيخية تشبه ٦٠٦ و ٩١٤ [1]

« ميوسالفارسان »[2] مادة تحقن فى العضلات وتحتمل فى كمياتها الأولية بسهولة ، وفى الكميات الكبيرة قد تتسبب فى بعض الألم ولكن يمكن تخفيفه بالمكمدات الساخنة المائية أو غيرها .

وامتياز استخدام هذه المادة — وغيرها من المواد الجيدة التى تستخدم حقناً فى العضلات — هو أن تأثير العلاج يكون مستمراً وأطول وأثبت فتكا بالميكروبات الزهرية عنه فى المواد التى تستخدم فى الوريد ، وذلك نتيجة لبطء امتصاص هذه المواد ولسرعة افراز المواد المحقونة فى الوريد بواسطة الكلى وباقى مخارج الجسم .

« سلفارسينول »[3] مادة لا تختلف كثيراً عن (٩١٤) ولكن يمكن استخدامها فى العضلات أيضاً ، وزيادة على ذلك فيمكن استخدام هذه المادة فى الحالات التى يظهر على المرضى عدم احتمالهم لمواد أخرى ، ونرى أنها مادة عادية ليس لها أى امتياز يسمح باستخدامها أفضل من غيرها .

« سلفوتريبارسينان »[4] مادة تشبه سابقتها ولكنها أسرع ذوبانا منها وأفضل تأثيراً .

« زيلبرسالفارسان » القديم أو الجديد ، وهو مركب زرنيخى فضى ، قد يفضل فى استخدامه بعض المركبات الأخرى فى بعض الحالات ، وخصوصاً حالات ضعف القلب أو تضخمه ، ولكن يجب ملاحظة دفع الحقنة فى الوريد ببطء حتى لا تنتج عنها مضاعفات ثانوية خطيرة ، خصوصاً مرض « الالتهاب الجلدى العام »[5] وهو مرض خطير ، وقد ينتهى بالموت ، وكل ذلك يكون نتيجة لدفع السائل الزرنيخى الفضى داخل الوريد بسرعة .

---

(١) يضيق نطاق هذا المؤلف عن شرح تفصيلى لهذه المواد وسأشرحها فى فرصة أخرى .
(٢) Myosalvarsan
(٣) Sulfarsenol (٤) Sulfotreparsenan (٥) Generalised Dermatitis

ولـكن يحدث أن يعتنى الطبيب بتجهيز ودفع سائل الزيابرسالڤارسان بكل عناية فنيــة وتنتج نتائج خطيرة تعود فى أكثرية الحالات الى وجود حالة « إبديوسينكراسى » — أى استعداد للتسمم بمادة خاصة — عند بعض المرضى ، وفى هذه الحالة يتعذر على الطبيب المعالج اكتشاف هذا الاستعداد الا بعد وقوع الخطر ، حتى اذا احتاط باستخدام كميات صغيرة فى بدء العلاج .

« سالفوميزاركا »[١] تركيب كبريتى زرنيخى يشبه مادة «سيلفوتر بيارسينان» السابقة الذكر ولـكن المرضى يحتملون آلام الحقن العضلية بهذه المادة أكثر من احتمالهم للمادة السابقة الذكر .

تراكيب زرنيخية من مجموعة أخرى [٢]

« أتوكسيل »[٣] وقد أهمل استخدامه لتعدد حوادث التسمم الناتجة عنه وخصوصه تعرض «عصب البصر» لاخطار كثيرة تنتج عن العلاج به

« هيكتين »[٤] وتأثيره على عصب البصر أقل خطراً من السابق ، ولـكن استخدامه أهمل لضعف فتكه بمرض الزهرى .

« ستوڤارسول »[٥] ويعطى كأقراص بواسطة الفم وسيأتى ذكره فى باب الوقاية من الزهرى .

---

(١) Sulfo-Mesarca

(٢) هذه التراكيب تختلف عن سابقتها بانها مشتقة من « الحمض الزرنيخى Arsenic Acid» وهى خارجة عن مجموعة « الزرنيخ البنزين Arsenobenzols » لان الاولى « خمسية التركيب المكافىء Pentavalent » والثانية «ثلاثية التركيب المكافىء Trivalent » من الوجهة الكيماوية.

(٣) Atoxyl (٤) Hectine

(٥) Stovarsol وهو مركب من مركبات الحمض الزرنيخى Acide-oxy-amino-phéyl-arsenique ويسمى ايضاً (189 de Fouineau) وتركيب معدل منه اسمه (190 de Fourneau)

« اسيتيل ارسان »[1] وهو تحوير كيماوى للمركب السابق ويحتوى ملحه على ٢١٫٥ فى المائة من الزرنيخ النقى، وهو مجهز فى شكل سائل مائى (بمقدار ٢٣٫٦٪ من الملح) فى أنابيب تحوى كل واحدة منها ٣ سنتى مكعب من السائل بحيث تحتوى على ١٥ سنتيجراماً من الزرنيخ النقى ، ويمكن حقنه بالوريد أو تحت الجلد أو داخل العضلات حيث لا ينتج عنه ألم موضعى ، ولوحظ[2] ان نتائج العلاج الوريدية لا تفضل نتائج حقنه فى العضلات . ودور العلاج يحتاج لمقدار يتراوح بين ١٥ و ٢٠ جراماً من الملح نفسه . وحوادث التسمم به نادرة وكلها من مجموعة نمرة (١) المذكورة فى صحيفة ٢٠١ . ولاحظت ان هذا العلاج مفيد جداً فى حالات الزهرى التى يوجد فيها ما يمنعنا عن استخدام التراكيب الزرنيخية القوية السابقة الذكر .

« تريبارساميد »[3] هو مسحوق أبيض سريع الذوبان فى الماء المقطر ، ويباع فى أنابيب تحوى كل منها ٣ جراماً من المسحوق ذائبة فى ١٠ سنتى مكعب من الماء المقطر جيداً . وتحقن محتويات الأنبوبة فى الوريد .

وهذا المسحوق ليس له قوة فتك كبرى بالميكروبات الزهرية ، وكل امتيازه عن غيره من العلاجات هو سهولة اختراقه للأغشية العصبية ، ولذا يكثر استخدامه فى علاج حالات زهرى الجهاز العصبى كالتابيس والشلل العام اللذين لا يتحسنان كثيراً بعلاجات الزرنيخ الأخرى . وسنذكره عند الكلام عن علاج الزهرى العصبى .

«كاكوديلات الصودا»[4] استخدم هذا الملح البسيط فى علاج بعض حالات الزهرى ، ولكنه لضعفه الشديد فى مهاجمة المرض وانوصلنا لأملاح زرنيخية أقوى منه جداً قد اوقف استعماله ضد الزهرى تقريباً .

هذه هى أهم الأملاح الزرنيخية ونتكلم الآن عن املاح :-

---

(١) Acétylarsan (٢) Laurent: Ann. des mal. vener., Juillet 1923.

(٣) Tryparsamide وقد قام باختباره وتجربته الاولية على الحيوان "Heidelberg" و "Jacobs", بمعهد روكفلار .

(٤) Cacodylate de Soude.

البيزموت [1]

قلنا فى صحيفة ٢٧٩ من الطبعة السابقة لمؤلفنا هذا (سنة ١٩٢٢) : -

« وقصارى القول تراهم الآن فى فرنسا يبشرون بعجائب البيزموت وربما يصلون لنجاح يذكر فى المستقبل » . ولقد بينت المباحث العلمية التى تمت فى العشر السنوات الماضية ان اكتشاف علاج البيزموت أتى بنتائج جيدة ومشجعة للغاية .

وفى شهر مايو سنة ١٩٢١ اعلن «سازيراك» و «ليفاديتى » [2] نجاح استخدام أملاح « تارترو بيزموتات البوتاسا والصودا » فى علاج الزهرى التجريبى . وأعقبهما « فورنييه » و « جوينو » [3] فى اثبات صحة هذه الدعوى . واتسعت دائرة البحث فى جميع الاقطار خارج فرنسا وأثبتت ان املاح البيزموت تدخل ضمن اسلحتنا القوية فى محاربة الزهرى .

وتنقسم أملاح البيزموت التى نستخدمها فى علاج الزهرى الى المجموعات الثلاث الآتية (١) أملاح غير ذائبة ، (٢) أملاح غير ذائبة ومعلقة (٣) أملاح بيزموتية كولويدية .

(١) املاح ذائبة

(ا) **املاح ذائبة تحقن فى الوريد** : توجد تراكيب عديدة من هذه الاملاح ونكتفى هنا بذكر بعضها مع التعليق على النظرية العامه فى استخدام هذه الأملاح : — « تارترو بيزموت » [4] و « سيجموت » [5] و « بينزو بيزموت » [6] وأعظم

---

(١) Bismuth.

(٢) Sazerac et Levaditi: dans Com. Ren. Acad. des Sc., 30 Mai 1921.

(٣) Fournier et Guénot: Ann. de l'Inst. Pasteur, p.14, 36, 1922.

(٤) Tartro-bismuth (٥) Sigmuth (٦) Benzo-bismuth

كمية يجوز حقن المريض بها مرة واحدة فى الاسبوع يجب ان تقاس بالمعدل الآتى : « $\frac{1}{6}$ من السنتجرام من البيزموت المعدنى لكل كيلو جرام من وزن جسم المريض » وطبقاً لهذه القاعدة يمكن استخدام الاملاح المذكورة بمعدل حقنتين اسبوعياً تحوى كل منها مقدار ١٢ الى ١٥ سنتجراماً من الملح المرغوب فيه . ولاحظت افراز البيزموت فى البول بعد هذه الحقن بمقدار ربع ساعة ، ويتزايد الافراز فى الساعات الثالثة والرابعة بعد الحقن ويختفى الافراز من البول ما بين عشر الى اثنى عشر ساعة وهذا الأفراز السريع يبين سرعة فتك هذه العلاجات بميكروبات الزهرى .

وعيوب هذا العلاج هى ان بعض المرضى — خصوصاً الذين عندهم استعداد خاص ضد احتمال البيزموت — يصابون بالتهاب الغشاء المخاطى بالفم ، وقد يحصل فى الأنف أيضاً ، ولذلك يجب البدء بمقادير صغيرة للتحقق من حسن استعداد المريض والا فيلجأ الطبيب لعلاج زهرى آخر وعلى العموم فأن التهاب هذا الغشاء المخاطى يخف بمجرد ايقاف العلاج .

(ب) ***املاح ذائبة تحقن فى العضلات*** : توجد أيضاً تراكيب عديده من هذه الاملاح نكتفى بذكر الآتى منها : —

« ليال » (١) و سيتارسان (٢) و جاليزموت (٣) و لياتول (٤) و ايرسيديلات (٥)

وتحقن كلها بحيث تحتوى كل حقنة على مقدار ٣ سنتى الى ٤ سنتى جرام من البيزموت المعدنى ، وبحيث لا يزيد مقدار البيزموت المعدنى المحقون فى مدة أسبوع عن ١٠ الى ١٢ سنتيجراماً

ويكتشف البيزموت فى البول بعد مرور ٢٤ الى ٣٠ ساعة من الحقنة ، وهذ يبين بطء فتك هذا العلاج بالمرض عن فتك العلاج فى الوريد ، ولكن هذا العلاج أفضل فى حالة عدم وجود أعراض ظاهرة على الجسم أو سريعة الفتك داخله لاستمرار تأثير العلاج لزمن أطول . والمؤلف ينصح بعدم استخدام هذا العلاج لما يصحبه من آلام موضعية شديدة واستخدام املاح المجموعتين الآتى ذكرهما أفضل وأخف ألماً .

Erecdylate (٥) Luatol (٤) Galismuth (٣) Cytarsan (٢) Lual (١)

(٢) املاح غير ذائبة ومعلقة

كما قلنا فى الزئبق تتعدد طرق العلاج بأملاح البيزموت خصوصاً وان المعدنين لا يبتعدان فى عالم المعادن كثيراً عن بعضهما . والتراكيب البيزموتية الغير الذائبة هى التراكيب التى تعطى فى علاج الزهرى أحسن النتائج الفعالة ، ولهذا السبب تراها تعددت وكثرت فى جميع الاقطار ، وصارت فابريقات الادوية تنافس بعضها بعضاً لصنع الكثير منها لدرجة جعلت الاسواق غارقة فى بحر كبير من اسماء المجهزات المسجلة تحت أسماء كثيرة تجعل الاحتفاظ بأسمائها مشقة كبرى على الاطباء . ولذلك سنجتهد ان نذكر هنا أهم ما نعتقد انه أحسن التراكيب — التى اختبرناها خبرة طويلة — فى علاج الزهرى بواسطة البيزموت : —

(ا) **البيزموت المعدنى** : أول من استخدم البيزموت المعدنى هما «ساز يراك» و « ليڤاديتى » [1] ووجدا ان هذا المعدن اذا أمكن استخدامه فى شكل مسحوق ناعم جداً يكون سهل الامتصاص فأنه — على اقل تقدير — سيحصل على نفس النتائج التى يحصل عليها استخدام الزئبق فى شكل الزئبق داخل « الزيت الرمادى »

ولقد وجد الباحثان ان معدن البيزموت له تأثير على ميكروبات الزهرى أقوى من تأثير معدن الزئبق ، فلم يبق أمامها الا ايجاد تركيب بيزموتى فعال ضد الزهرى ، فساعدهما الكيماويون بأيجاد : —

« **نيو — تريبول** » [2] وهو مركب من البيزموت المعدنى معلق فى سائل من « الجلوكوز » . وتحتوى كل أمبوبة ما يقرب من مقدار ١٩ و ٠ جراماً من البيزموت المعدنى معلقة فى ٢ سنتى متراً مكعباً من سائل السكر السابق الذكر . وتعطى الحقن

---

(١) والطريقة التى استخدمها الباحثان هى تحويل كيماوى لاملاح ال « طرطروبيزموتات الصودا والبوتاسا » الى مسحوق ناعم اسود يحتوى على ٩٦ فى المائة من البيزموت المعدنى النقى . ويمكن القارىء مراجعة الآتى لفهم تفاصيل هذا البحث

Sazerac et Levaditi : Comp. Rend. de la Soc. de Biologie, p. 817, 20 Avril 1922.

(٢) Néo-trépol

مرتين اسبوعياً حتى تصل الى ١٢ — أو ١٥ — أو ١٨ حقنة . والمقدار فى كل علاج يجب أن يتراوح بين ٥٠ و٢ جراماً الى ٠٠ ر٣ جراماً من البيزموت المعدنى

والمرضى يحتملون هذا العلاج جيداً ، ويندر أن تحدث حوادث خطيرة .والألم الموضعى قليل ولو أنه أشد فى هذا العلاج منه فى العلاجات الأخرى البيزموتية التى سيأتى ذكرها بعدئذ ، والتسمم الذى يحدث التهاباً فى غشاء الفم المخاطى (ستوماتيتيس) يكثر حدوثه بمثل هذا العلاج أكثر من حدوثه فى كثير من العلاجات الأخرى الآتى ذكرها . ولم استخدم تركيباً بيزموتياً معدنياً بكية تسمح لى بابداء الرأى فى مثل هذه التراكيب الا هذا النوع ، نعم أن بعض الحالات التى عالجتها بغير هذا من التراكيب ظهرت عليها نتائج علاجية قد تعطى فكرة عن تفضيل هذا عن ذاك من هذه العلاجات ، ولـكننى فضلت هذا النوع فى الحالات التى وجدت انه يليق لها ، واستخدمته فى كثير منها لدرجة تجعلنى أقول أنه — فى نوعه — مجهز حسن .

(ب) التراكيب البيزموتية الغير الذائبة المعلقة

كثرت هـذه التراكيب لدرجة ازعجت الأسواق ، وسنكتفى هنا بذكر أهم التراكيب المصنوعة فى أشهر المصانع وأكثرها خبرة ودقة طبقاً لأطلاعنا وخبرتنا :-

« ميزورول » : (١) مركب يحوى كل سنتى متراً مكعباً منه مقدار ١١ سنتيجراماً من البيزموت ، وحقن عضلية لا يتسبب فى ألم موضعى يذكر ، واذا حصل ذلك فيمكن ملافاته باستخدام مكمدات ساخنة مائية أو انتيفلوجو يستنية موضعية

« أوليوبى ، . أوليو بيزموت » : (٢) مركب يشبه المركب السابق ، ويحوى كل سنتيمتراً مكعباً منه مقدار ٥ سنتيجراماً من البيزموت . ويجوز استخدامه طبعاً بضعف كمية المركب السابق ذكره . ولا يختلف عن المركب السابق فى الآلام الموضعية ، فكلاهما محتمل أحسن احتمال . وفى حالة وجود حساسة لأيهما عند بعض المرضى

(١) Mesurol

(٢) Oleo-Bi أو Oleo-Bismuth

فيكون علاجهما متشابهاً . ولقد وجدت « الميزورول » اكثر فتكا بالزهرى من المركب الثانى ، وقد يعود ذلك الى أن المقدار الواحد من المركب الاول يحوى كمية من البيزموت المعدنى تقرب من ضعف المقدار المعدنى الذى يحويه نفس المقدار من المركب الثانى ، ولكننى منعاً للخطأ استخدمت ٢ سنتى متراً مكعباً من الثانى و ١ سنتى متراً مكعباً من المركب الاول فى علاج حالات بنفسها فوجدت نتائج الاول أحسن من الثانى . وقد استخدمت هذين التركيبين للمقارنة فى ٥٤ حالة متشابهة وقد يكون عدد الحالات قليلا لا يجيز حكم تفضيل الواحد عن الآخر من الوجهة العلمية المحضة ،ولكن ما لاقيته فى علاج هذه الحالات جعلنى ميالا للاول عن الثانى ولو أننى افضلهما معاً عن كثير من التراكيب الاخرى المعروضة فى الاسواق .

« ميتانول » [1] مجهز فى أنابيب تحوى كل منها ١٢ سنتى جراماً من البيزموت المعدنى و بها $\frac{1}{10}$ من الميكرو جرام من مادة « برومير الميزور يوم» و يدعون ان وجود المادة الأخيرة مع البيزموت يساعد على امتصاص الدواء داخل الأغشية العصبية والمخية النخاعية ، ولكن الاختبار والبحث أثبتا ان الميتانول لايخترق هذه الأغشية بأى مقدار أكبر من باقى التراكيب البيزموتية [2]

« كيرا لويس » [3] مجهز فى أنابيب مدرجة تحوى كل منها ٨ سنتى جرام ثم ١٦ ثم ٢٤ ثم ٣٢ سنتى جراماً من البيزموت المعدنى ، وكثيرون من الفرنسيين انفسهم يفضلون استعمال هذه المادة .

وتوجد تراكيب بيزموتية غير ذائبة كثيرة نذكر منها « بيكاورول » « يودو بيزموتات الكينا » « يودو بيزموت ايرسيه » « بيكوينيل » [4] وغيرها . .

---

(١) Muthanol

(٢) Jeanselme, Delalande et Terris: Le bismuth passe-t-il le liquide cephaloracbidien., Presse Méd., 19 Mars 1924.

(٣) Curalues

(٤) أسماء التراكيب الاربعة المذكورة «Bisclorol» "Biquinyl" "Iodo-bismuth Ercé", "Iodo-bismuthate de quinine"

ويجب فى استخدام جميع هذه التراكيب أن لا تتعدى مجموعة الحقن الواحدة أكثر من ٣ الى ٣ ½ جرام من البيزموت المعدنى ، وتوقف لمدة تتراوح بين شهر وشهرين حسب ما يرى الطبيب من احتمال المريض ، ثم تبدأ مجموعة أخرى .

(٣) البيزموت الكولويدال

البيزموت الكولويدال مثل غيره من المعادن التى تجهز بهذه الطريقة هو عبارة عن ذرات ناعمة جداً من البيزموت المعدنى معلقة فى شكل سائل تعليقاً ثابتاً ، أى ان هذه الذرات الناعمة لا ترسب فى أسفل السائل . ومن هذا يرى القارىء ان البيزموت الكولويدال يتوسط الطريق بين املاح البيزموت السائلة واملاح البيزموت غير الذائبة . وليس هنا مكان شرح طريقة تجهيز المعادن الكولويدية ونكتفى بأن نذكر بعض المركبات التى اختبرتها ويوجد فى الأسواق كثير غيرها : –

« بيزموتويدول » [1] مجهز فى أنابيب حجمها ٣ ½ سنتيمتراً مكعباً تحوى مقدار ١ سنتيجراماً من البيزموت المعدنى . ويمكن عمل حقن بالوريد بمقدار ٢٠ سنتيمتراً مكعباً موزعة على ٣ دفعات كل أسبوع بحيث لا يتعدى مقدار البيزموت المعدنى ٨ الى ١٠ سنتيجراماً . « يونويد البيزموت » [2] وأفضله على التركيب السابق ويمكن دفعه حتى يصل مقداره ١٠ الى ١٢ سنتيجراماً كل أسبوع . والبيزموت الكولويدال لا يقل فى سرعة افرازه فى البول عن البيزموت السائل اذ يظهر فى البول بعد ربع ساعة من حقنه ، ويختفى تماماً من البول فى ظرف ٣ الى ٤ أيام من حقنه ، ومن هذا يفهم ان تأثيره على المرض سريع وهو يفضل الاملاح السائلة فى ان مضاعفاته الثانوية أقل فتكا بالمريض عن الاملاح السائلة واشد نوعاً من الاملاح البيزموتية الغير الذائبة .

---

(١) Bismuthoidol

(٢) Ionoide de Bismuth

الحالات المانعة لاستخدام العلاج البيزموتى : لا تختلف اختلافاً يذكر عن الحالات المانعة لاستخدام جميع السموم المعدنية الثقيلة التى تشبه الزئبق - اللهم الا فى حالة عدم استعداد مريض خاص لمادة خاصة (ايديوسينكراسى) .

علاج حالات التسمم : أهم شيء ايقاف علاج البيزموت ، ثم تعالج الحالة كحالة تسمم معدنية عادية . مع ملاحظة الاهتمام بعلاج التهاب الغشاء المخاطى للفم . وفى حالات التهاب الكلى يجب وضع المريض تحت علاج التسمم البيزموتى مع العناية التامة باللثة و بغيرها من الأغشية المخاطية للجهازى الهضمى والتنفسى

اليود

استخدم معدن اليود من قديم الزمان فى شكل أملاح لعلاج الزهرى ، وكانت نظريتهم هى ان املاح اليود تقاتل مسببات المرض - التى نعبر عنها الآن بميكروبات المرض - ونفهم الآن أن أملاح اليود لا تقتل ميكروبات المرض ، ولكنها أملاح **تساعد على تحسين حالات النمو الباثولوجية الزهرية فى الجسم** . [1]

ولذلك لا نستخدم اليود أو أملاح اليود فى دور القرحة أو دور تعميم المرض لأنها لا فائدة فيها . ولكننا نستخدمها عند ما يكون مرض الزهرى تسبب فى تغييرات وأنواع من النمو الباتولوجى الزهرى المتأخر فى الجسم ، وهذا هو ما دفع « فورنييه » العظيم للتوصية باستخدام أملاح اليود فى السنتين الأخيرتين من برنامج علاجه الزهرى لمدة أربع سنوات.وسنذكر طرق استخدام هذا المعدن وأملاحه بالاجمال فى نهاية باب العلاج الزهرى ، ونكتفى الآن بذكر بعض الاملاح والتراكيب اليودية وأهم هذه الأملاح هو

« يودور البوتاس » [2] يمكن تجهيز هذا الملح المعروف فى تراكيب متعددة وسنذكر هنا بعض هذه التراكيب : —

---

(١) Modificateur des néoplasies syphilitiques.

(٢) Iodure de potasse.

	جرام
يودور البوتاس	١٥ر٠٠
بيكاربونات البوتاس	١٥ر٠٠
صبغة الجوز المقيء	١٠ر٠٠
براندى (اوكونياك باسمه لأن البراندى يشمل تراكيب تشبهه)	٥٠ر٠٠
شراب السكر	١٠٠ر٠٠
ماء نقى	٥٠٠ر٠٠

يؤخذ مقدار فنجال قهوة على نصف كباية ماء مرتين يوميًا بعد الأكل (١)

والان نذكر تركيب « جوجيرو » وهو تركيب مشهور لا بأس به : —

	جرام
يودور البوتاس	٧٠ر٠٠
البوتاسا الكاوية	٣٥ر٠٠
تحت سولفيت الصودا	٣٥ر٠٠
كحول ٩٠٪ — (أو شراب الروم المعتق ١٢٠ جرام)	٢٥٠ر٠٠
ماء نقى ليكمل	١٠٠٠ر٠٠

يؤخذ مقدار ملعقة شوربة مرتين يوميًا

ويوجد تركيب آحر لا بأس من ذكره هنا :

---

(١) هذا التراكيب من عند المؤلف ، ولقد وضع بيكاربونات البوتاس لأنها مع اليودور تتسبب فى منع الصداع الذى يصيب الرأس من كمية اليودور الكبيرة، ووضع صبغة الجوز المقيء كمبه لوقاية المعدة وتقويتها وحمايتها من تأثير اليودور، ووضع البراندى أو الكونياك لتنبيه الشهية وتسهيل امتصاص اليودور الذى سيصير يودورا كحوليا . وشراب السكر لتسهيل تعاطى مادة مسكرة نوعا. ولوحظ ان يودور البوتاس لما يؤخذ مخففاً فى الماء يكون سهل التعاطى خفيف التأثير على الاسنان واللثة والمعده ولذا نصحنا بشرب المقدار اللازم فى نصف كوبة من الماء النقى ، وحتى لايؤثر على الغشاء المخاطى للمعدة نصحنا بأخذه بعد الاكل . ويمكننى ان اؤكد ان هذا التركيب أعطانى نتائج احتمال اليودور البوتاسى لدرجة مدهشة استدعت كل عدا لسرح السابق .

محلول « جرام » وهو تركيب بسيط يأتى بفوائد يودور البوتاس مع عدم ملاحظة باقى الاعتبارات التى ذكرناها فى « تركيب المؤلف » . وله امتياز عصرى واحد، وهو أنه يمكن اعطاؤه للفقراء حتى فى أفقر عيادة خارجية . وهو عبارة عن الآتى : —

اليود المعدنى	٠٠ر١ جرام
يودور البوتاس	٠٠ر٢ جرام
ماء	٠٠ر٢٠٠ سنتيمتراً مكعباً

يؤخذ منه ما بين ٢ الى ٦ ملاعق يومياً بعد الأكل وكثيراً ما كان هذا التركيب سبباً فى ظهور أعراض « التسمم اليودى » .[١] ونرى أنه لا يجوز استخدامه الان لأى مبرر غير فقر من يستخدمونه فى العيادات والمستشفيات المجانية . وتوجد تراكيب تفوق الحصر تحوى اليود وأملاحه فى الاسواق المختلفة ، وأساسها جميعاً هو اليود المعدنى المجهز تجهيزاً خاصاً ، أو يودور البوتاس المجهز تجهيزاً خاصاً ، ونكتفى هنا بأن نذكر بعض تراكيب اليود بعد ان ذكرنا أساس تراكيب اليودور : —

« يودون » و « يودولاس » و ببپتونيود » و « يودول » و « يوديسين »[٢] وأكثرية هذه المجهزات تتركب من معدن اليود المركب بطرق كيمائية مختلفة فى صناعتها لدرجة تعطيها صفة سهولة التعاطى كشراب أو حقن . وتوجد مجهزات أخرى هى عبارة عن « تعليق اليود فى الزيت « بطرق متعددة . وهذا الزيت إما أن يكون زيت الزيتون أو زيت السمسم أو زيت الفول السودانى أو البارافين . وتوجد مجهزات « اليود الكولويدال » وقد ذكرنا بعضها سابقاً ونذكر هنا خصيصاً نوعاً واحداً وهو « يونوييد دى يود »[٣] ويمكن استخدامه كحقن بالوريد بمقدار من ٥ الى ١٠ سنتيمتراً مكعباً ، أو كحقن عضلية بمقدار من ½ ١ الى ½ ٢ سنتيمتراً مكعباً ، او كشراب بمقدار ملعقة شوربة الى ملعقتين يومياً .

---

(١) Iodisme.

(٢) تجد هنا اسماء هذه التراكيب على الترتيب بالاسماء الافرنجية : —
''Iodone'' و ''Iodolase'' و ''Peptoniode'' و ''Jodol'' و ''Iodicin'' والثلاثة الاول تراكيب فرنسية ، والرابع المانى ، والخامس انجليزى .

(٣) Ionoide d'Iode

ونكتفى بما تقدم من الأمثلة لأن شرح غيرها لا يجيزه حجم المؤلف .

الحالات المانعة لاستخدام اليود وأملاحه

بما أن اليود وأملاحه تساعد على اتساع الأوعية الدموية فيجب ان لا تستخدم هذه العقاقير فى حالات السل الرئوى خصوصاً حيث قد يتعرض المرضى الى نزيف رئوى دموى . ولا يجوز استخدامها فى حالات الالتهابات الكاوية الحادة أو فى حالات الالتهابات المتعددة التى قد يتعرض فيها المريض الى نزيف دموى مثلا من الأنف أو الحلق أو المعدة . ويستحسن عدم استخدام اليود أو املاحه فى جميع حالات انخفاض الضغط الدموى الا بكل احتياط ومع مراقبة الضغط الدموى باستمرار وخصوصاً فى كل **حالات التهاب الاورطه** مع التدرج البسيط البطىء فى جميع هذه الحالات .

علاج حالات التسمم : ايقاف العقاقير المسببة ، ومعالجة الحالة تفصيلياً طبقاً لتعاليم علاج التسمم وخصوصاً اليودى منها .

ونكتفى بما ذكر عن « اليود » ونذكر شيئاً عن : —

الكبريت

لقد ثبت ان الكبريت ليس مادة مقاتلة لميكروب الزهرى ، أى انها ليست « أنتى — سيفيليتيك » كالزئبق والزرنيخ والبيزموت . ولكن الكبريت استخدم من قديم الزمان فى علاج الزهرى . ولا بد وأن تكون هناك فائدة من استخدامه فى هذا العلاج ، خصوصاً وان الأطباء الأقدمين استخدموه والأطباء السابقون لعصرنا استخدموه ، ونفس المعاصرين يستخدمونه ، فلا بد من وجود حكمة لاستمرار الجميع على استخدامه فى علاج الزهرى . فما هى هذه الحكمة ؟ لفهم ذلك يجب أن يذكر القارىء ان استخدام الكبريت فى علاج الزهرى بدأ مع استخدام الزئبق

لنفس العلاج ، وقد لوحظ ان الزئبق والكبريت يتسببان فى تحسين حالة المرضى المزهورين ، ولذا عمّ استخدامهما والآن فهمنا قيمة الزئبق فى علاج الزهرى ، فيجب أن نفهم قيمة زميله وهو الكبريت .

للكبريت ميزات فى علاج الزهرى تنحصر فى الآتى : —

(١) اذا خلط الكبريت بالزئبق فان هذا المخلوط يكون ذا تأثير فعال أقوى ضد الزهرى من الزئبق النقى ، وذلك لا يعود الى تأثير الكبريت ، بل الى ان هذا المزيج الكبريتى الزئبقى يكون سهل الامتصاص فى الدم عنه فى حالة التركيب الزئبقى النقى . وأما اذا كان المزيج الزئبقى الكبريتى صعب الامتصاص بالدم – بطبيعته الكيماوية أو الكيماوية البيولوجية — فيكون أى تركيب زئبقى نقى أفضل منه فى مقاتلة ميكروبات الزهرى .

(٢) لوحظ ان استخدام المياه المعدنية الكبريتية وقت العلاج الزهرى الزئبقى يساعد ليس فقط على امتصاص الزئبق بنسبة أكبر بل وايضاً على افرازه فى البول بسرعة أكثر ،[1] وقد بينا سابقاً أن ظهور العقاقير فى بول المرضى المزهورين بسرعة يدل على قوة وسرعة فتك هذه العقاقير بالمرض

(٣) لوحظ ايضاً ان للكبريت تأثيراً حسناً على امتصاص وافراز البيزموت فى العلاج الزهرى ، والمدرسة الفرنسية – باعتبارها أول بحاثة ومعضدة للعلاج البيزموتى – مملوءة كتبها ومجلاتها بهذه الاختبارات .[2] ولاحظت أن تعاطى بعض أقراص الكبريت المسكرة أو العادية وقت المعالجة بالبيزموت تساعد كثيراً على اعدام أنواع الطفح الجلدى الزهرى وعلى احتمال كميات كبيرة من البيزموت لا يحتملها المرضى اذا لم يتعاطوا هذه الاقراص .

---

(١) ولقد شهد بصحة ذلك « الاستاذ جوشيه Prof. Gaucher » حيث ذكر ان استخدام « مياه أو رياح الكبريتية » ساعد على افراز الزئبق فى بول مريض بالزهرى مع ان نفس هذا المريض لم يمكن اكتشاف الزئبق فى بوله قبل استخدام الكبريت . ومما يؤسف له أن « مياه أو رياح » تتمتع بشهرة عالمية و « مياه حلوان» لا تجد من عناية رؤوس الاموال ولا من عناية الحكومة ما يجعلها مورداً هائلا لثروة البلاد كاعظم وأقوى محطة كبريتية فى العالم .

(٢) ونكتفى بذكر مباحث « ستينفيلد » و « ماير » و « فورنيه » و « لاكابير »

النحاس

أول من استخدم النحاس فى علاج الزهرى هما « فرانتشسكينى » و « ڤاردى » .[1] ولكن كثيرين غيرهما استخدموا نفس « أقلام سلفات النحاس » فى معالجة التقرحات الزهرية السطحية ، ولكنهم كانوا يستخدمون هذا العلاج بفكرة ان هذا الملح مطهر وكاو . حتى قام الدكتور « برنارد » فى باجيكا واستخدم ملحاً زرنيخياً نحاسياً [2] فى علاج الزهرى وحصل على نتائج مشجعة ، لأنه توصل باستخدام هذا الملح من جعل (ع . ف .) سلبية فى حالات استخدم فيها علاجات كثيرة ولم يوصله لهذه النتيجة ، ولكن لسوء الحظ تعذر انتشار هذا العلاج لما يصحبه فى بعض الحالات من ظهور عدم احتمال المرضى لكثير من أنواع التسمم التى تظهر عليهم .

الزنك

استخدمت بعض املاح الزنك مثل « ڤاليريانات الزنك » و « ساليسيلات الزنك » و « يودور الزنك » كحقن داخل الوريد ، و « أوكسيد الزنك » كحقن داخل العضلات كعلاج للزهرى . وادعى « جريكو » معضدها أمام مؤتمر طبى عقد فى « شتراسبورج » أنه حصل على نتائج قيمة والمؤلف يعجز عن ابداء رأيه فى هذا الموضوع لأنه لم يختبر هذا العلاج للآن ، وبقدر اطلاعه لا يمكنه أن يذكر للقارىء ثقة يعول عليه حبذ هذا العلاج للآن .

---

(١) "Franceschini." "Vardi"

(٢) Cupric Arsenobenzine.

الذهب

لما لا حظته من نجاح كثير باستخدام الذهب فى حالات الامراض الجلدية المختلفة وحالات « البرص » أيضاً فكرت فى استخدام بعض أملاح الذهب فى علاج الزهرى . ولاحظت ان « الزولجانال » [1] هو أفضل هـذه الاملاح واكثرها احتمالا . ولذا أقدم للقارىء نتيجة اختبارى لهذا الملح فى حالات الزهرى لان المقام لا يسمح هنا بذكر النتائج الحسنة التى حصلت عليها فى الامراض الجلدية الاخرى .

فى دور الشانكر

استخدمت « الزولجانال » منفرداً فى علاج الشانكر واستخدمته بصحبة الزرنيخ أو البيزموت . ونذكر هنا تأثيره منفرداً أو بصحبة غيره من العلاجات الاخرى

(ا) زولجانال منفرد — لا تأثير له يذكر على أنواع الشانكر المتآكل (صحيفة ٤٤) ولا الشانكر المتقرح (صحيفة ٤٦) ، ولكنه يساعد كثيراً على تحسين حالات الشانكر الكبير (صحيفة ٥٠) وشانكر تاج الحشفة (صحيفة ٥٢) ، ولا تأثير له يذكر على شانكر مجرى البول (صحيفة ٥٢) ، وأهم مالاحظته هو التأثير البديع لهذا العلاج على « فاجيدينيك شانكر » (صحيفة ٥١) حتى بدون صحبة علاج آخر ، نعم ان استخدام الزرنيخ مع هذا الملح فى علاج هذا النوع من الشانكر يساعد على شفاء الحالة بسرعة مدهشة ، ولكن استخدام هذا الملح وحده يعطى نتائج مسرة أيضاً .

(ب) زولجانال مع الزرنيخ أو البيزموت — تتحسن جميع حالات الشانكر بمثل هذا العلاج بسرعة اكبر من استخدام الزرنيخ أو البيزموت على حدة ، وخصوصاً فى حالات « فاجيدينيك شانكر » فان التحسن يكون مدهشاً وسريعاً .

---

(١) ملح « Solganal » مجهز فى أنابيب تشبه أنابيب املاح « ٦٠٦ » المختلفة . ومدرجة هكذا ١ . و . جرام ، ٥ ٠ و . ٠ ١٠ و . ، ٢٥ و . ، ٥٠ و . ، ٠٠ و ١ جرام . وهو يحقن داخل الوريد بواسطة اذابة الملح فى محلول ملح الطعام الفيسيولوحى المعقم المجهز حديثاً

فى دور تعميم العدوى

لم ألاحظ لأملاح الذهب وحدها تأثيراً على نتائج (ع . ف .)، ولكن لما يصحبها علاج الزرنيخ أو البيزموت أو حتى الزئبق فأن (ع . ف .) تصير سلبية بسرعة وثبات أكثر .

وتساعد أملاح الذهب - وخصوصاً النوع السابق الذكر - على اختفاء كثير من انواع الطفح الجلدى الزهرى فى دور تعميم العدوى حتى ولو استخدمت بمفردها بعد استخدام الزرنيخ أو البيزموت و بقاء أنواع الطفح عنيدة لا تختفى . وهذا يبين بوضوح ان أملاح الذهب اذا استخدمت مع العلاجات « الأنتى سيفيليتيك » تسهل اختفاء أنواع الطفح الجلدى المختلفة .

فى دور خمول المرض

لم ألاحظ لأملاح الذهب تأثيرا يذكر لا فى نتائج (ع . ف .) ولا فى نتائج فحص السائل المخى النخاعى ، وقد يعود هذا لضيق الزمن الذى بدأت فيه اختباراتى هذه ، وقد يظهر المستقبل نتائج مغايرة .

فى دور رجوع ظهور الاعراض

لا تأثير لاملاح الذهب يذكر فى هذا الدور ، اللهم الا مساعدتها على تحسين أنواع الطفح الخارجى . ولاحظت فى حالة « تابس » تحسنًا سريعًا بعد استخدام « الزوجانال » بكميات كبيرة مع أملاح زرنيخية متعددة ، وبطبيعة العلاج لا يمكن الحكم بدقة على أى هذه العلاجات هو صاحب الفضل فى التحسن السريع ، ولكن يظهر ان استخدام أملاح الذهب مع غيرها من العلاجات يفيد - ولو لدرجة محدودة - فى بعض حالات زهرى الجهاز العصبي .

الخلاصة العملية

(١) ان أملاح الذهب تساعد العلاجات الزهرية الاخرى خصوصاً فى حالات الطفح الخارجى العنيدة .

(٢) يجب الاستمرار فى مراقبة تأثير أملاح الذهب - وتحسينها - لمعرفة مقدار فتكها بالزهرى فى أدواره المختلفة .

فى حالة التسمم بالعلاجات السابقة

فى حالة التسمم بالعلاجات السابقة من كبريت ونحاس وزنك وذهب تلاحظ جميع القواعد الطبية المتبعة فى علاج التسمم بالمعادن المذكورة ، ونستلفت القارىء الى نقطة واحدة مهمة وهى أنه يجب البدء فى مثل هذه العلاجات بكميات طبية صغيرة للتحقق من استعداد المرضى لاحتمال مثل هذه العقاقير .

والان وقد انتهينا من ذكر لمحة عن أنواع العلاجات المتعددة التى تستخدم فى مقاتلة الزهرى فنبدأ بذكر ملخص لطرق علاج مرض الزهرى فى أدواره المختلفة : —

ملخص علاج الزهرى فى ادواره المختلفة

(١) العلاج فى دور الحضانة

قد يندهش القارىء من هذا العنوان لأن المريض بالزهرى لن يعرض نفسه على طبيبه فى دور الحضانة ، لأن دور الحضانة هو الدور الخالى من ظهور اى اعراض تستلفت نظر المصاب الى انه أصيب . ولكن يحدث أن يجامع رجل امرأة — أو امرأة رجلا — ويظن أحدهما بعد الجماع أن الطرف الآخر مصاب بالزهرى ، فيلجأ للاخصائى طالباً معونته واخراجه من هذه الورطة .

ويحدث أحياناً أن يصاب الأطباء انفسهم بعدوى الزهرى — لا نتيجة إهمالهم،

ولكن نتيجة حادثة — فهم فى هـذه الحالة فى حاجة لعلاج سريع ولو انهم فى دور الحضانة ، وهو بطبيعة الحال أحسن دور يمكن ابتداء العلاج فيه . والعلاج فى هـذا الدور يسمى « علاج الوقاية » . [1] ويمكن ابتداء علاج الوقاية من لحظة التعرض للعدوى الى قبل ظهور القرحة الزهرية .

علاج الوقاية بعد التعرض للعدوى مباشرة : تنظيف الجسم مكان التعرض للعدوى بالماء الساخن والصابون . ثم استخدام أحد المرهمين المذكورين بعدئذ للتدليك جيداً لمدة دقيقتين أو ثلاث دقائق

(١) مرهم كالوميل ٣٠ فى المائة [2]

(٢) تيمول ٥٠و٠ جرام
مرهم كالوميل ٣٠ فى المائة ٣٠و٠٠ جرام
مرهم راسب ابيض كال ٦٠و٠٠ جرام
يجهز للدهان [3]

ولوحظ أن استخدام هذه المراهم مباشرة بعد التعرض يقى الكثيرين من المرض . ولنجاح الوقاية يجب استخدام الدهان فى مدة لا تزيد عن أربع ساعات بعد التعرض للعدوى .

---

(١) Prophylactic Treatment.

(٢) Metchnikoff et Roux.

(٣) تركيب المؤلف ، وقد لاحظت أن وجود التيمول يساعد الجلد على امتصاص المواد الفعالة فى المرهم جيدا ، ولذا فضلت استخدام هذا المرهم عن المرهم المذكور اولا .

وقد استخدم « سازيراك » و « ليفاديق » مرهما مركبا من مقادير متساوية من « طرطرو بزموتات الصودا والبوتاسا » و « لانولين » و « فزلين » فى الوقاية من الزهرى ونجحا فى تجاربهما على الأرانب ، راجع : —

Sazerac et Levaditi: Com. Ren. Acad. des Sc. 9 Janv. 1923.

علاج الوقاية بعد التعرض للعدوى بعدة ساعات او بعد اسبوع او اسبوعين او ٣ اسابيع

« **ستوفارسول** » استخدمت حبوب هذا الملح فى علاج الوقاية بعد يوم أو يومين من التعرض للعدوى . وأقصى مدة ينجح فيها هذا العلاج نجاحاً تاماً هى اسبوع بعـد العدوى . وكل حبة بها ٢٥و٠ جرام من الملح ويعطى الشخص من ٣ الى ٤ حبوب عند القيام من النوم وقبل الفطور بساعة ، ويستمر على ذلك لمدة ٤ أيام ، ثم ينقطع عن العلاج لمدة ٤ أيام ، ثم يبدأ نفس العلاج لمدة ٤ أيام أخرى . وفى حالة بدء العلاج بعد التعرض للعدوى بأكثر من اسبوع يجب الاستمرار على العلاج بالطريقة السابقة لمدة خمسة الى ٦ اسابيع ، والافضل إعطاء المريض من ٦ الى ٨ حبات كل يوم بدلا من المقدار الضعيف السابق الذكر . وتجب ملاحظة المريض طول مدة العلاج ويستحسن فحص الدم بعد ايقاف العلاج بمدة شهر .

والستوڤارسول يحتمل جيداً فى كثير من الحالات ، ولكن ينتج عنـه أحياناً ارتفاع فى درجة الحرارة وقئ ، وقد يصحب هذه الأعراض طفح جلدى لطخى أو لطخى حيبى . وعند حدوث أى عارض من هذه يجب ايقاف العلاج ، واذا كانت الاعراض شديدة — وهذا نادر — فيعالج المريض كحالة تسمم زرنيخى .

وتوجد مادة أخرى تشبه الستوڤارسول ومجهزة فى حبوب مثله وبنفس المقادير وهى « **تريبارسول** »[1] وتستخدم بنفس البرنامج السابق الذكر والآن لا يمكن الحكم على أيهما أفضل ، ولكن فى حالة عـدم احتمال الأول قد يظهر أن المريض يحتمل الثانى ، والعكس بالعكس . اما اذا لم يحتمل كليهما فنلجأ للعلاج الآتى :

العلاج بالأرسينوبنزين والتراكيب الزرنيخية التى تشبهها : مما لا شك فيه أن هـذا النوع من العلاج انجح واضمن من العلاج السابق ، خصوصاً اذا كان

---

(١) Trèparsol وهو مركب من مركبات الحمض الزرنيخى ايضا .

مضى اكثر من اسبوع على التعرض للعدوى . وفى الأسبوع الأول للعدوى يجب أن لا يقل مقدار العلاج عن ٢٫٠٠ جرام من « ٩١٤ » أو ما يعادل هذه الكمية من مقادير العلاجات الزرنيخية الأخرى .

واذا بدأ العلاج فى الاسبوع الثانى للعدوى فيكون المقدار ٣٫٠٠ جرام من « ٩١٤ » أو ما يعادلها .

واذا بدأ العلاج فى الاسبوع الثالث للعدوى أو ما بعد ذلك فيجب أن لا يقل المقدار عن ٥٫٠٠ جرام

وعلى الطبيب أن ينتقى المواد التى يفضلها حسب خبرته فى دور العلاج الواقى ، والمواد التى فضلتها فى هذا الدور هى « ٩١٤ » و « سيلفوتر يپارسينان » و « زيلبرسالفارسان »

العلاج البيزموتى : ذكرنا سابقاً أهم أنواع العلاجات البيزموتية ، وفى العلاج الواقى فى الاسبوع الأول للعدوى يجب أن لا يقل المقدار عن ٣٫٠٠ جرام من البيزموت المعدنى أو ما يعادلها من أنواع البيزموتات الأخرى ، و فى الاسبوع الثانى للعدوى من ٣٫٥٠ الى ٤٫٠٠ جرامات ، وفى الاسبوع الثالث للعدوى أو ما بعد ذلك من ٤٫٠٠ جرامات الى ٤٫٥٠ جرامات أو ما يعادلها . وأفضل البيزموت المعدنى أو الكولاويدال فى هذا الدور ، الا فى حالات عدم الاحتمال فيستحسن استخدام ال«ميزورول» أو غيره من زملائه .[1]

أما **العلاج الزئبقى** : فلا يقى فى هذا الدور الا بعد التعرض للعدوى مباشرة كما ذكرنا أولاً ، وأما بعد ذلك فليس له أى تأثير الا تأخير ظهور القرحة الزهرية ، أى اطالة دور الحضانة فقط .

---

(١) كل المقادير السابقة الذكر فى باب العلاج الواقى تطبق على الرجل العادى (من ٦٠ - ٧٠ كيلو جراماً فى الوزن) وتغير بالزيادة او النقص حسب وزن المريض وحسب احتمال المريض ايضا .

(٢) – العلاج فى دور القرحة الزهرية

متى نصل الى تشخيص القرحة الزهرية الأولية تشخيصاً صحيحاً اكلينكياً وميكروسكوپياً (فى درجة الميكروسكوب العليا أوفوق العليا اذا احتاج التشخيص أيضاً) فانه يجب علينا أن نبدأ علاج القرحة كقرحة زهرية تستحق كل العناية بمثل هذا المرض. وقبل أن نبدأ وصف العلاج نعود فنكرر للقارىء أهمية تشخيص القرحة الزهرية فى هذا الدور ، اذ يجب أن توجه عناية خاصة لهذا التشخيص ، **ولا يجوز ابتداء العلاج ضد الزهرى الا بعد ان يثق الطبيب ان القرحة التى امامه ليعالجها هى قرحة زهرية** .

وهذه القاعدة تستدعى أن نبدأ بالكلام عن علاج **قرحة مشكوك فى تشخيصها**: وكل ما أنصح به فى هذه الحالة هو أن تترك القرحة لبعض الوقت تحت ملاحظة الطبيب بحيث أن لا تستخدم أى **المطهرات الزهرية** فى تطهيرها ، بل تغطى فقط بنوع من « الشاش ، او القماش المعقم » حتى يتم التشخيص .

ويجب اتباع هذه القاعدة بكل تحفظ وعناية فنية ، اذ لا معنى لترك قرحة – قد تكون زهرية – تحت الملاحظة ، مع عدم القيام بشروط الملاحظة الفنية الدقيقة السريعة ، لأن الاهمال القليل هنا قد يضيع على المريض فرصة الانتفاع بالنتائج المتأخرة المفيدة من بدء العلاج السريع فى أوائل دور القرحة الزهرية .

علاج القرحة الزهرية : لما يثق الطبيب من تشخيص هذه القرحة يجب أن يبدأ فوراً علاجها كزهرية . وتنقسم القرح الزهرية الى أقسام متعددة ذكرناها سابقاً ، ولكننا نقسمها هنا الى قسمين عظيمين من الوجهة العلاجية :–

(١) القرح الزهرية الأولية النقية .

(٢) القرح الزهرية الأولية المصحوبة بعدوى ثانوية أخرى .

علاج القرح الزهرية الأولية النقية (١) : كنا نلجأ سابقاً لتطهير هذه القرح موضعياً بكافة المطهرات العادية والمضادة لمرض الزهرى كالمراهم الزئبقية وغيرها ، ولكن مدرسة الزهرى الحديثة أثبتت أن كل هذا المجهود لا محل لاستخدامه بعد اكتشاف المستحدثات الزرنيخية القوية وأهمها تراكيب « الارسينو بنزين » وكل ما يطلب من



(رسم نمرة ٤٣)

قرحة زهرية أولية على الشفة السفلى اختفت بعد استعمال أول ٣ حقن
ز يلبر سالفارسان وقد عالجت حالات مثلها بحقن ز رنيخية أخرى وتم لها الشفاء .

الطبيب كعلاج موضعى للقرحة هو **حفظها من التعرض لعدوى ثانوية** بواسطة تغطيتها بشاش معقم أو بأية مادة حافظة معقمة أخرى .

ثم يبدأ علاج الحالة الزهرية كما هى بغض النظر عن وجود القرحة ، لأن القرحة ستختفى بنفسها بهذا العلاج ؛ وهذا العلاج دقيق جداً يترك لكفاءة

---

(١) نصح كثيرون سابقا ببتر القرحة الزهرية الاولية ولكن هذه النصيحة اصبحت مهملة تماما لما عرف عن جميع المباحث الميكروسكوبية والباتولوجية الحديثة . وقد قام بعضهم اخيرا بالمطالبة بحرق الميكروبات الزهرية فى القرحة الزهرية الاولية بواسطة تيارات « الدياتيرمي — Diathermy » ولكن هذه النظرية — مع ما فيها من تفكير بديع قد ينتج نتائجه فى المستقبل — لم تقبل للآن قبولا عاما ، واتمنى ان تقبل فى المستقبل لما اعتقده فيها من علاج فى اوسع جدا من نظرية بتر او حرق القرحة موضعيا فى الايام السابقة .

الطبيب واختباره لمتعدد العقاقير وعلاقاتها بمقدار احتمال اعضاء المريض الحيوية لفتكها ، وتترك أيضاً لحكم الطبيب – بعد فحصه لمريضه – على استعداد هذا المريض للانتفاع من هذا النوع أو ذاك النوع من الملاجات التى سبق وذكرناها ضد مرض الزهرى . ونلخص – لضيق المقام فى مثل هذا المؤلف القصير – اكثرية القواعد التى تتبع فى مثل هذا العلاج :–

(ا) العلاج الزرنيخى أفضل من غيره فى معالجة هذه الحالات .

(ب) العلاجات الزرنيخية القوية أفضل من الضعيفة [1] .

(ح) العلاجات البيزموتية تفضل غيرها فى حالة عدم احتمال الزرنيخ .



(رسم نمرة ٤٤)

قرحة زهرية أوليـــة على الشفة العليا مصحوبة بورم بالشمه وتضخم فى (الغدد تحت الفكية) ظاهر وتشفى مثل هذه القرح بسهولة باستعمال علاج زيلبر سالفارسان . واستعملت فى مثل هذه الحالات حقناً زرنيخية عضلية وتم الشفاء ولكن ببطء

(ى) فى حالة تعذر الوصول لنجاح كثير بطريقـــة (ا) قد تتـ ـن الحالة باستخدام مزيج من (ا) و (ح) .

---

(١) ولذلك يجب استخدام الحقن الوريدية فى هذه الحالات وهذا افضل جدا من استخدام الحقن العضلية من اى نوع من انواع التراكيب المضادة للزهرى ، لسرعة الاولى فتكا بميكروبات الزهرى .

(هـ) فى حالة عدم نجاح (ا) و (حـ) قد يصل الطبيب للنجاح باستخدام (ا) مع الاستعانة بالعلاجات الزئبقية .

(و) فى حالة تعذرشفاءالقرحة بسرعة — كما لو كانت من النوع المذكور فى « صحيفة ٥١ » — فيمكن استخدام بعض أملاح الذهب كما ذكرنا فى «صحيفة ٢٢٣»

(ز) فى حالة تعذر شفاء القرحة بكل العلاجات المتقدمة بسرعة فيفرض فى المريض وجود حالة ضعف عام فى جسمه ، أو وجود حالة « نشاط شديد »[1] فى قوة الميكروبات الزهرية التى أصابته ، وفى مثل هذه الحالة يجب استخدام جميع طرق تقوية الجسم المعروفة الحديثة ، ومن أهمها تعريض « الشانكر » لتأثير الاشعة المنعشة المقوية المختلفة ، وتترك هذا لخبرة الطبيب المعالج .

(ك) توجد حالات قرح زهرية أولية لا تفيد فى اختفائها أكثرية البنود السابقة ، ففى هذه الحالات يترك للطبيب ملاحظة تأثر هذه القرح بكل مما ذكرنا من العقاقير حتى ينتخب ما يجوز استخدامه لشفاء مثل هذه القرح . ولاحظت فى عدة حالات من هذا النوع ان استخدام الاشعة الفوق البنفسجية أو استخدام الحقن «الدموية من المريض نفسه للمريض نفسه» وخصوصاً بعد حقنه «بالارسينو بنزين» يأتى نتائج بديعة فى شفاء مثل هذه القرح .

وقصارى القول اننا عندنا الآن أسلحة وآلات قوية لمقاتلة القرحة فمن المخجل أن نرى من آن لآخر بعياداتنا قرحاً زهرية أوليـة لم يتم لها الشفاء ومصحوبة بطفح جلدى زهرى ثانوى لا يقل عمره عن شهر أو شهر و بعض شهر

(٢) **علاج القرح الزهرية الأولية المصحوبة بعدوى ثانوية أخرى :**
لا يختلف علاج هذه القرح عن علاج القرح الزهرية الأولية النقية الا فى نقطة واحدة ، وهذه هى تعقيم القرحة الزهرية من عدواها الثانوية الأخرى . وطرق تعقيم هذه القرحة تتوقف على نوع القرحة نفسها . ففى حالة العدوى الثانوية البسيطة ببعض الميكروبات التى تصاب بها القرحة فى الحياة العادية يجب استخدام مادة مطهرة « كماء الاوكسيجين»

---

(1) Strong Virulence

أو كمحلول « پيرمانجنات البوتاسا » أو غيرهما لتطهير القرحة سطحياً ، واما فى حالة عدوى القرحة الزهرية الأولية بميكروبات القرحة الرخوة فيكون العلاج كما سيأتى فى باب « القرحة الرخوة » .

وأما فى حالة إصابة القرحة الزهرية باصابات ميكروبية او ميكانيكية أو باتولوجية أخرى غير التى ذكرناها فانها تعالج موضعيا طبقاً للتعاليم الطبية والجراحية المعروفة مع ملاحظة كل التفاصيل التى تمليها التعاليم الزهرية الحديثة .



(رسم نمرة ٤٥)

(ا) افندى عنده صمغيات زهرية سطحية كبيرة الحجم نوعاً عولج بالزيلبر سالفارسان فاختفت الصمغيات بعد رابع حقنة

(ب) سيدة مصرية شابة عندها طفح زهرى جلدى متعدد الاشكال عولجت بالزيلبرسالفارسان فاختفى الطفح كله بعد ثانى حقنة وذهبت اثاره تماماً عند انتهاء العلاج . وعالجت اكثر من ١٥ حالة تشبه هذه الحالة بالتراكيب المذكورة فى صفحة ٢٠٨ وحصلت على نفس النتائج تقريباً

علاج القرحة الزهرية عند النساء : لا تختلف القرح الزهرية الاولية عند النساء عنها عند الرجال ، ولكننا نستلفت النظر الى القرحة الزهرية التى تظهر داخل المهبل أو على عنق الرحم استلفاتاً خاصاً ، لأن هذا النوع يحتاج لعناية موضعية خاصة

لتعرض هذا النوع من القرح لخطرين مهمين : (الأول) تعرض هذه القرح للعدوى الثانوية و (الثانى) هو وجود هذه القرح فى مكان يتعرض لافرازات مختلفة تتسبب فى تهيج هذه القرح ، ولذلك بمجرد تشخيص القرحة الزهرية التى من هـذا النوع يجب أن نبدأ — جنباً لجنب بجوار العلاج الزهرى العام — فى العلاج الموضعى للقرحة. والمؤلف يتبع طرقا مختلفة فى هذا العلاج والطريقتان الآتيتين هما أهم وأحدث الطرق :—

(١) دهان او مس القرحة بمرهم او سائل الارسينو بينزول [1] : —

يغسل المهبل جيداً بمحلول بيكربونات الصودا ، ويجفف ، وتدهن القرحة بمرهم زرنيخى (من المجموعة المذكورة) بمقدار ٢٥ فى المائة «٩١٤» فى فازلين نقى مجهز حديثاً جداً (اى قبل وضع المرهم ببضع دقائق كتجهيز الحقن) . أو تمس القرحة بسائل «٩١٤» فى الماء النقى بمعدل ٥٠ فى المائة ، والدهان أو المس يعملان يومياً ، وفى حالة الاحتمال يمكن عمل كل منهما مرتين يومياً

(٢) دهان أو مس القرحة بمرهم أو سائل « الزولجانال » [1] :- وجدنا أن أملاح الذهب تساعد كثيراً — كما ذكرنا سابقا — على شفاء الطفح أو التقرحات الزهرية ، ولذا استخدمت هذا الملح فى العلاج الموضعى للقرح النسائية فى شكل مرهم الزولجانال (١٠ فى المائة) او سائل الزولجانال (٢٠ فى المائة) وهما يستعملان كمرهم أو سائل الارسينو بينزول السابق الذكر ، ويأتيان بنتائج مفيدة ومشجعة ، فقط مع ملاحظة صحبتهما للعلاج الزهرى العام . وميزتهما انهما يساعدان على الشفاء السريع للقرح الزهرية الأولية فى هذه المنطقة من جسم المرأة .

ولاحظت أن هذين النوعين من العلاج الموضعى ينجحان ايضًا فى الشفاء السريع للقرح الزهرية التى في المناطق المعرضة « للعرق » عند الرجال ايضاً . والآن ننتقل الى :—

(٣) العلاج فى دور تعميم العدوى

يتوقف تنظيم العلاج فى هـذا الدور على حالة المريض من حيث بدئه العلاج

---

(١) هذه هى تجارب المؤلف ، وهو يعلمها لاول مرة فى كتابه هذا ، وقد حصل منها على نتائج بديعة فى علاج القرح الزهرية فى هذه المنطقة .

فى دور القرحة أو بدئه العلاج بعد ظهور الطفح الجلدى أو اللطخ المخاطية الزهرية ، فاذا كانت القرحة اعتنى بها فيكون العلاج فى هذه الحالة علاجا تكميلياً لعلاج القرحة الزهرية ، ويتم على الوجه الآتى : -

مجموعة العلاج الأولى فى متوسط الحالات : -

علاج زرنيخى : بتراكيب «٦٠٦» واخواتها : من ٣ جرام الى ٢٥و٢ جرام او ٥٠و٢ جرام موزعة حسب تدرج المجموعة فى انابيبها [1] مع افساح المدة بين كل حقنة وأخرى بمعدل ٣ و ٤ و ٥ و ٦ و ٦ ايام طبقاً لاحتمال المريض ايضاً .

ثم تتم المجموعة بعلاج بيزموتى يكمل من ٠٠و٢ الى ٥٠و٢ الى ٠٠و٣ جرام من البيزموت المعدنى موزعة بمقدار ٢٠و٠ أو ٣٠و٠ جرام بيزموت معدنى كل أسبوع أو نصف هذا المقدار مرتين أسبوعياً . ثم يوقف العلاج لمدة ٣ الى ٦ أسابيع حسب الحالة ، وتبدأ المجموعة بقسميها مرة أخرى . ثم يعاد العلاج طبقاً لحالة المريض ايكلينيكياً وسيرولوجياً .

وتوجد « نظرية العلاج المركب » وهى عبارة عن اعطاء العلاجين الزرنيخى والبيزموتى مع بعضهما على التوالى أى زرنيخ و بيزموت وزرنيخ و بيزموت وهكذا ، والطبيب ينتخب لكل مريض ما يوافقه .

أما اذا استخدمت تراكيب « ٩١٤ » وأخواتها فان العلاج يكون كالطريقة السابقة مع زيادة مقدار « ٩١٤ » الى ٠٠و٣ جرام أو ٥٠و٣ الى ٠٠و٤ جرام مورعة أيضاً

وكل ما قيل عن العلاج التتميمى بالبيزموت سابقاً ينطبق على « ٩١٤ » وأخواتها أيضاً ، وهكذا عن نظرية « العلاج المركب » .

و بعضهم يتمم العلاج الزرنيخى بعلاج زئبقى ، وفى هذه الحالة نستخدم فى تتميم المجموعة الزرنيخية الاولى من ١٠ الى ١٢ الى ١٥ حقنة من ساليسيلات الزئبق مثلا أو

---

(١) وهذا التدرج هو ١٠ و١٥ و ٢٠ و ٣٠ و ٤٠ و ٥٠ و٦٠ سنتيجراما من املاح « ٦٠٦ » وزميلاتها .

يعادل ذلك من التراكيب الزئبقيـة الاخرى ، مع ملاحظة أن سيانور الزئبق يفضل غيره من الأملاح الزئبقية فى حالات الالتهاب الكلوى الزهرى .



(رسم نمرة ٤٦)

(ا) حلمات زهرية عائدة للظهور على الأنف تكون غالباً منفردة عن بعضها أى لا تلتحم . وقد لاحظت أن مثلها يشفى باستعمال تراكيب « ٩١٤ » وأخواتها

(ب) تقرحات زهرية ظهرت على المريض فى دور تعميم العدوى . وترى ان كل الطبقات التى تحت فروة الرأس تآكلت حتى عظام الرأس . ولا يحصـــل ذلك الا لضعاف البنيـة منهوكى القوى ولذلك يجب معالجـة صحتهم العموميه جيداً مع ابتداء العلاج العام للزهرى (ماك دوناخ) .

أما اذا بدأ المريض العــلاج **بعد ظهور الطفح او اللطخ المخاطية** فانه يحتــاج **لعلاج موضعى** يتركب من مراهم زئبقية أو مس بعض النقط بمحلول «٩١٤» بمقدار ١٥ فى المائة فى الماء المقطر الى ٢٥ فى المائة حسب نوع الطفح. ويحتاج للعلاج الزهرى العام ويكون مركبًا من نفس المجموعات السابقــة الذكر بعد ان تزاد كمية الزرنيخ والبيزموت أو الزرنيخ والزئبق بمقدار ٢٥ الى ٥٠ فى المائة ، وهذا يبين للقارىء أهمية ابتداء العلاج بقدر ما يمكن من السرعة بمجرد التشخيص .

علاج بيزموتى : توجد بعض الحالات التى يظهر على المرضى فيها عدم استعداد لاحتمال التراكيب الزرنيخية فنضطر فى مثل هــذه الحالات الى الالتجاء للبيزموت . ونستخدم التراكيب المذكورة فى (صفحة ٢١١ الى ٢١٧) طبقًا لكل حالة حسب ما يراه الطبيب بحيث يكون العلاج الأولى مركبًا مما يقرب من ٠٠و٦ الى ٠٠و٨ الى ٠٠و١٠ جرام من البيزموت المعدنى ، ويتمم العلاج بعلاج زئبقى يماثل المقدار الذى ذكرناه سابقًا .

علاج زئبقى : فى الحالات التى يستحيل فيها استخدام العلاج الزرنيخى أو البيزموتى نلجأ الى استخدام العلاج الزئبقى ، ويتركب هــذا العلاج من ١٥ الى ٢٠ حقنة أسبوعية من ساليسيلات الزئبق مثلا أو من حقن تعادل هذا المقدار من العلاجات الزئبقية الاخرى . وهذا القدر يكون المجموعة الاولى من العلاج ، وبعد قضاء راحة تتراوح بين شهرين الى ثلاثة شهور حسب الحالة نبدأ المجموعة الثانية وهكذا وهكذا حتى يتم المريض من ٤ الى ٦ مجموعات . وفى كل هذه الخطوات يكون **تسيير العلاج خاضعاً للفحص الاكلينيكى والسيرولوجى**

وفى نهاية كل علاج زئبقى فى مثل هذه الحالات يجب وضع المريض تحت تأثير اليود وأملاحه المختلفة طبقًا لاحتماله أى نوع منها ، لأن العلاج الزئبقى وحده لا يقى الاعضاء الداخلية بالجسم من أنواع التطورات والنمو الباتولوجية المختلفة وهذه التغيرات الباتولوجية تحتاج دائمًا للعلاج اليودى لتتحسن كما ذكرنا فى صفحة (٢١٧) ، وهذا هو مالا ينطبق على العلاجات الزرنيخية أو البيزموتية فى دور تعميم العدوى الا نادرًا.

علاج الزهرى فى حالات مرضية دقيقة

فى دور تعميم العدوى

العلاج فى حالات الالتهابات الكلوية : غنى عن البيان اننا لا نقصد حالات وجود الزلال فى البول نتيجة للالتهابات الكلوية المؤقتة التى تصحب دور تعميم العدوى ، ولكننا نقصد الالتهابات الكلوية الأصيلة ، ففى هذه الحالات يجب ادارة العلاج الزهرى بمنتهى الحيطة مع مراقبة الكلى مراقبة دقيقة . ولوحظ أن العلاج المحتمل يبدأ بحقن المريض وريديا بسيانور الزئبق بمقادير صغيرة (من ¼ الى ½ الى ¾ الى ١ سنتيجرام)[1]. وبعد عدد قليل من الحقن ، يتراوح بين ٨ الى ١٠ حقن ، نبدأ العلاج الزرنيخى أو البيزموتى (فى الأول نبدأ بمقدار ٥ سنتيجرام الى ١٠ الى ١٥ الى ٢٠ الى ٢٥ الى ٣٠ الى ٣٥ الى ٤٠ الى ٤٥ وهكذا ، وفى الثانى نبدأ ٥ الى ٨ الى ١٠ الى ١٢ الى ١٥ الى ١٨ الى ٢٠ سنتيجرام من البيزموت المعدنى ، مع ملاحظة عدم الوصول الى المقادير الكبيرة المعروفة ابدا ولأى سبب من الأسباب) . ولوحظ أن ابتداء العلاج بالسيانور وتتميمه بالتراكيب الزرنيخية او البيزموتية يكون محتملا فى أكثرية الحالات ، فقط يجب ملاحظة المريض أو المريضة ملاحظة دقيقة لمعرفة حالة الكلى ولمعرفة مقدار الضغط الدموى بنظام ويومياً للرابطة الشديدة بين مقـدار هذا الضغط وحالة الكلى فى مثل هذه الأصابات .

العلاج فى حالات « الالتهاب السحائى الزهرى فى دور تعميم العدوى »[2]

بمجرد ظهور أعراض هذا الالتهاب يجب ابتداء العلاج الزهرى ولكن بمنتهى التأنى

---

(١) وقد تحدث رغم العناية والحيطة حوادث خطيرة من نفس استخدام السيانور الزئبق فى حالات الكلى هذه . ولاحظ « مونجيه » و « ريثو » حالة مريض توفى بعد خامس حقنة سيانور الزئبق الوريدية وكان مصابا بالتهاب الكلى راجع : —
Com. Rend. Comité medical des Bouches-du-Rhône Juin 1924.

(٢) Secondary Syphilitic Meningitis.

والحيطة والحذر مع مراقبة حالة المريض مراقبة دقيقة . والعلاج الزرنيخى (٩١٤ وأخواتها — ويستحسن جدا عدم استخدام تراكيب ٦٠٦ وأخواتها) يبدأ بمقدار ٥ الى ١٠ الى ١٥ الى ٢٠ الى٢٥ الى ٣٠ الى ٣٥ الى ٤٠سنتيجراما ولا يجوز تعدى المقدار الأخير . وتعمل الحقن كل يومين اولا ثم كل ٣ أيام ثم كل ٤ أيام .

اما العلاج البيزموتى فيبدأ بمقدار ٥ الى ٦ الى ٨ الى ١٠ الى ١٢ الى ١٥ الى١٨ الى ٢٠ الى ٢٥ الى ٣٠ سنتيجراما من البيزموت المعدنى وتعمل كل٣ أيام . وأفضل البيزموت السائل او الكولاويدال اولا ، ثم يختم العلاج بالبيزموت المعلق أى الغير الذائب . و بعضهم يرى استخدام المقادير الصغيرة المذكورة آنفا من الاملاح الزرنيخية والبيزموت ولكنه يستخدمها معًا أى على التوالى : زرنيخ و بيزموت ، ثم زرنيخ و بيزموت ، وهكذا

والمؤلف يعتقد انه فى نهاية علاج هذه الحالات يجب استخدام اليود — من اى نوع يفضله الطبيب حسب حالة مريضه — لمدة من الزمن تتراوح بين شهر وشهرين حسب الحالة ، وذلك لنخلص المريض من انواع النمو الپانولوجى الزهرية التى تصحب هذا المرض عادة .

العلاج فى حالات التهاب القزحية[1] **« بالعين »** : قبل ذكر العلاج الزهرى فى مثل هذه الحالات أحب أن اذكر أن التهاب القزحية فى اكثرية الحالات يكون زهريًا فى نشأته ، واعتقـد أن حضرات الزملاء أطباء العيون يوافقوننى على ذلك ، ونتيجة هذا الاعتقاد العملية هى اننى انادى دائمًا بأنه يجب فى جميع حالات التهاب القزحية — التى ليس لها سبب ظاهر للرمديين غير الزهرى — وضع مرضى التهاب القزحية تحت العلاج الزهرى ، و بهذا يخدمون مرضاهم خدمة عظمى. ولعلاج القزحية الزهرية يجب أن يتعاون الرمدى مع الطبيب التناسلى لأن استخدام « نقط الاترو پين » واجب لمنع التحام القزحية بالعدسة وقت العلاج ، واستخدام الأترو پين يحتاج لعناية وفن الرمدى . والعلاج الزهرى فى مثل هذه الحالات يتبع جميع الخطوات التى ذكرناها

---

(١) Iritis

سابقاً مع الاحتفاظ بالبدء بكميات ومقادير صغيرة اولا وفى حالة التحسن السريع بدفع العلاج بقوة ، وأما اذا كان التحسن بطيئاً فيجب ملاحظة اتباع المقادير المعتدلة ، او المقادير الاكبر من الصغيرة . ولاحظت أن سيانور الزئبق يعطى نتائج حسنة فى بدء علاج مثل هذه الحالات . و « الزيابرسالفارسان » أعطانى ايضاً نتائج حسنة وسريعة فى بعض الحالات التى وصلتنى من الرمديين .

ولاحظت فى ثلاث حالات التهاب القزحية الزهرى أن مراقبة الضغط الدموى تساعد كثيراً على الشفاء ، وذلك لأن الضغط فى هـــذه الحالات كان عالياً ، ورغم العلاج ضد الزهرى فان حالة القزحية لم تتحسن ، فلما ادخلت عنصر تخفيف الضغط الدموى مع عنصر العلاج الزهرى تحسنت الحالات الثلاث بسرعة مدهشة .

العلاج فى حالات التهاب العصب البصرى الزهرى[1] : ـــفى مثل هذه الحالات يتبع العلاج الزرنيخى (مع عدم استخدام تراكيب ال « ٦٠٦ » وأخواتها قط لأنهـــا بنفسها يمكنها أن تتسبب فى التهاب عصب البصر السليم) أو العلاج البيزموتى. ولا يجوز استخدام التراكيب الزرنيخيةالثلاثية التركيب المكافىء المذكورة فى أسفل صفحة ٢٠٩ فى علاج مثل هذه الحالات لأنها تتسبب فى اكثرية هذه الحالات فى العمى .

العلاج فى التهابات العظام او الكبد الزهرية فى دور تعميم العدوى :

تلاحظ فى علاج هذه الحالات القواعد السابقة الذكر ، ويوجد خلاف واحد ، وهو اننا نبدأ هنا بكميات صغيرة من المواد الزرنيخية او البيزموتية ، ثم ندفع العلاج بعد ٢٠ الى ٢٥ الى ٣٠ يوماً بقوة فلنستخدم مقادير كبيرة فجأة من البيزموت اذا سمحت الحالة ، ولكن يجب أن لا نستخدم مقادير كبيرة أو متوسطة من التراكيب الزرنيخية فى حالات التهابات الكبد منعا لحدوث « اليرقان » كما ذكرنا فى (صفحة ٢٠٢) ، ولو انه يمكن استخدام مقادير كبيرة من التراكيب الزرنيخية فى علاج التهابات العظام الزهرية ، والفحص الاكلينيكى والسيرولوجى يقرر مدى استمرار العلاج أو ايقافه .

(١) Syphilitic Optic Neuritis.

(٤) العلاج فى باقى ادوار الزهرى

تتبع النظريات السابقة الذكر ايضاً فى علاج دورى «خمول المرض» و «رجوع ظهور الاعراض »[1] مع ملاحظة زيادة كمية التراكيب العلاجية من ١٠٠ الى ١٥٠ أو ٢٠٠ فى المائة حسب الحالة مع ملاحظة اخضاع هذه الكميات الى الفحص



(رسم نمرة ٤٧)

لسان متضخم فى نصفه الامامى و به صمغيات زهرية منقرحة ولوحظ أن مثل هذه الحالات لا تشفى بسهولة باستعمال الحقن الزرنيخية والزئبقية فقط بل ينصحون باستعمال حقن اينترامين او حقن املاح الذهب و لاحظت أن الأخيرة أفضل (ماك دو ناخ)

الايكلينيكى والسيرولوجي وفي أكثرية الحالات فى هذين الدورين لوحظ ان

(١) يلاحظ هنا ان استخدام التراكيب العضلية يأتي بفائدة اعظم من استخدام التراكيب الوريدية ، وذلك لأن الأولى اثبت فعلا واثبت فتكا من الثانية ، بعكس حالات معالجة القرحة الزهرية الأولى او معالجة الزهرى فى دور تعميم العدوى ، وذلك يعود لبطء امتصاص الادوية فى علاج العضلات وسرعة امتصاص وافراز الادوية فى العلاج الوريدى .

استخدام « اليود » واملاحه المختلفة ، فى كل حالة طبقاً لاحتمالها ، يعطى أحسن النتائج، ولأهمية العلاج فى بعض الحالات فى هذين الدورين نرى انه يجب ان نذكر شيئاً ليًا عن بعض الحالات الخاصة : —

العلاج فى حالات زهرى القلب فى هذين الدورين

علاج حالات زهرى القلب يحتاج لعناية كبرى فى مراقبة المريض ، لأن أمراض القلب فى هذين الدورين تكون متعددة متشعبة النواحى ، فمن مرض فى الشرايين المغذية لعضلات القلب ، الى مرض فى « الاورط » وهو الشريان العظيم المغذى للجسم كله ، الى التهابات للأغشية الخارجية والداخلية للقلب ، فمراقبة الدورة الدموية للجسم كله مع جميع ملحقاتها وأهمها حالة الكلى والافرازات الكلوية واجبة وجوباً محتماً . فمع ملاحظة كل التفاصيل السابقة يجب فى علاج زهرى القلب وافرعه أن نبدأ بكميات صغيرة من التراكيب المضادة للزهرى . وفى حالات التهاب « الاورط » ، وخصوصاً حالات « اتساع الأورط - او انتفاخ الأورط » [1] يجب أن تكون هذه الكميات صغيرة جداً ، فنبدأ بمقدار ٥ الى ٨ الى ١٠ الى ١٢ الى ١٥ الى١٨ الى ٢٠ سنتيجراماً [2] من التراكيب الزرنيخية (٦٠٦ او ٩١٤ واخواتهما — وأنصح بعدم استخدام تراكيب ٦٠٦ واخواتها) أو مقدار ٥ الى ٨ الى ١٠ الى ١٥ الى ٢٠ سنتيجراماً من البيزموت المعدنى . ويمكن مزج العلاجين مع ملاحظة الكلى والضغط الدموى دائماً . ولاحظت ان سيانور الزئبق فى شكل وريدى وعضلى على

---

(١) Aortic Aneurysm.

(٢) ويرى « جراسمان » استخدام مقدار ١٥ سنتيجرام ثم ٣٠ بعد اسبوع ثم ٤٥ بعد اسبوع مع اراحة المريض فى السرير عقب كل حقنة وهذا فى الحالات المصحوبة بضيق التنفس و لضغط الصدرى الغير المحتمل للتخلص من هذين العرضين ، ولكننى باختبارى ارى انهذه المقادير لارتفاعها تعرض المريض لخطر كبير ، ولو انها وبعض الحالات تأتى بنتائج مسرة راجع:
Karl Grassmann: Zur Erkennung und Behandlung Syphilitischer Erkrankung der Kreislauforgane. Münch M. Woch. No. 6. 1923.

التبادل يعطى نتائج مسرة فى مثل هذه الحالات . وعلى العموم يرى المؤلف - كما يرى غيره من اكثرية البحاثة — ان استخدام اليود وأملاحه المختلفة مع العلاج الخفيف المضاد للزهرى يأتى بأعظم النتائج ، ومن أحسن أملاح اليود الجيدة التى استخدمتها وأتت بنتائج مشجعة فى حالات زهرى القلب والشرايين وخصوصاً « الأورط » هو « ايندويودين »(١)

وتوجد نظرية — وهى نظرية المحافظين من وسط المدرسة الزهرية الحديثة — تقول باستخدام الزئبق الكولاويدال أو الزئبق الغير الذائب فى مثل هذه الحالات منعاً للمفاجئات الخطيرة التى قد تحدث نتيجة للعلاجات الحديثة ، وهذه النظرية مع ضعفها ، الا انها لا تزال محتفظة ببعض الكرامة وسط الدوائر العلميـة ، وسيثبت المستقبل القريب صحتهـا أو خطأها ، وعلى العموم هى نظرية « المحافظين » على القديم . . . والقديم ثمين فى المتاحف ، ولا قيمة حقيقيـة له فى المباحث العلمية الا للرجوع اليه فى المباحث التاريخية . والمؤلف يجل ويحترم المحافظين العلميين ، ولكنه ينادي بالتجديد ، خصوصاً اذا كانت رغبة التجديد رغبة علمية ، والعلم جديد .

العلاج فى حالات الشلل العام (٢)

عدد من هذه الحالات تحسن من العلاج الزرنيخى أو البزموتى أو من العلاجين معاً ، ولكن أحسن النتائج ظهرت عقب علاج المرضى بحقنهم بميكروبات مرض

---

(١) Endojodin

(٢) وقد استخدم تركيب ال « تريبارساميد » بمقدار ٣ جرام أسبوعياً (راجع صحيفة ٢١٠) ويدعى البحاثة الامريكان نتائج حسنة لهذا العلاج . والمؤلف يعرف بعض الحالات التى عولجت فى مستشفى المجاذيب بالعباسية بهـذا العلاج وتحسنت نوعا ، ولكن المدرسة الزهرية الحديثة لا ترى للآن ان هذا العلاج فى مثل هذه الحالات المرضية يعطى نتائج أحسن اواقيم من التراكيب الزرنيخية أو البزموتية :

راجع المال الآتى : —

Claude et Targowla: Traitement de la Syphilis nerveuse par la tryparsamide, Bull. Soc. de Biologie. 19 Juillet 1924.

الملاريا . نعم ان اتباع هذا العلاج تعقبه أحياناً نتائج خطيرة ، ولـكن المريض بالشلل العام ، بعد اليأس من نجاح علاجه ، يجوز بل يجب عليه أن يحتمل نتائج مثل هذا العلاج . وبما أن النتيجة التى نصل اليها من مثل هذا العلاج تتوقف على رفع درجة حرارة المريض الى ٣٩ و ٤٠ سنتيجراد و ٤١ أحياناً فقد فـكر بعضهم فى استخدام مصل الـ « تيوبيركيولين » أو حقن «الانتى - تيفويد » أو «الأنتى - بارا تيفويد بنوعيهـا » ، أو نفس حقن « اللبن » فى شكل « حقن اللوان » [١] ، أو أية مادة ترفع درجة حرارة الجسم الى ٣٩ الى ٤٠ أو ٤١ . وبنـاء على نظرية هؤلاء البحاثة جميعاً قد عالج المؤلف حالتى شال عام أخيراً بواسطة علاج « الدياتيرمي » وقد بدأ التحسن ظاهراً واضحاً بعد الجلسة العاشرة ، نعم انه استخدم فى نفس الوقت أحـد التراكيب الزرنيخية وكانت احـدى الحالتين فى بدء تطورها ، ولـكنه يعتقد ان كل النجاح يعود الى استخدام «الدياتيرمى» وستظهر المباحث العلمية فى المستقبل قيمة تأثير كل نوع من هذه العلاجات ، ولـكننى أصر على تجربة العلاج المزدوج بالتراكيب الزرنيخية والدياتيرمى لما لاحظته من نتائج بديعة وسريعـة فى حالة كان اليأس مخيما فيها على الأطباء المعالجين .

العلاج فى حالات التابيس

العلاج فى هذه الحالات يتركب من الاملاح الزرنيخية أو البيزموتية أو الاثنين معاً بكميات صغيرة أولا وترتفع الى ٠,٦٠ من « ٩١٤ » [٢] واخواتها الى ١٥ أو ٢٠

---

(١) Aloan

(٢) ولاحظت انه اذا كانت مثل هذه الحالات الزهرية مصحوبة بمرض السل فلا يجوز قط استخدام « الارسينوبينزول » من أى نوع كان . واما اذا أصطحبت بالتهاب العصب البصرى فيمكن استخدام « ٩١٤ » وكذلك اذا صحبت بالتهابات كلوية فيمكن استخدام « ٩١٤ » واخواتها ولـكن يجب تحاشى الاملاح الزئبقية القوية — ما عدا ماء سيانور الزئبق الذى قد يفيد فى بعض الحالات . ويرى « كورشمان » هذا الرأى أيضاً راجع : —

Hans Curschmann - Rostock: Ueber Tabes Dorsalis. Munch. M. Woch. No 7, 1923.

سنتيجرام) من البيزموت المعدنى . ولوحظ أن الكميات المرتفعة نوعاً من هذه العلاجات الوريدية الزرنيخية قد تتسبب فى آلام لا يمكن منعها الا بأعطاء المريض حقنة من « الأدرينالين » بمقدار نصف الى واحد ميلليجرام . وتوجد مسكنات لهذه الآلام متعددة تترك لخبرة الطبيب ، وأهمها الـ « ڤيرونال » والـ « فيناسيتين » والـ « پيراميدون » .

ولوحظ ان الحقن العضلية من العلاجات الزرنيخية لا تأتى بنفس الفائدة التى تأتى من الحقن الوريدية فى مثل هذه الحالات .

ولا فائدة تذكر من الزئبق فى مثل هذه الحالات .

وقبل اختتام العلاج فى دورى الخمول ورجوع ظهور الاعراض نرى من الواجب ذكر ان استخدام التراكيب الزرنيخية أو البيزموتية يساعد كثيراً على شفاء أنواع الطفح المختلفة وخصوصاً الصمغيات الزهرية السطحية . وحتى نفس الصمغيات الزهرية العميقة لوحظ انها تتحسن بتأثير العلاج الذهبى المزدوج بالعلاج الزرنيخى .



(رسم نمرة ٤٨)

(١) صمغية زهرية عميقة فى أول العلاج وشفيت بسرعة بعد استعمال علاج هيدرارجيروم اوكسيليكوم وكانت قاومت انواع العلاج الاخرى

(٢) صمغية زهرية فى دور الشفاء وترى حلقات بيضاء عند حافتها ويفيدها الذهب والزرنيخ .

علاج الزهرى الوراثى

قبل اكتشاف التراكيب الزرنيخية والبيزموتية الحديثة كان علاج الزهرى الوراثى عند الاطفال المزهورين يتركب فى اكثرية الحالات من مراهم زئبقية أو شراب زئبق أو بعض الحقن الزئبقية ، أما الآن وقد أصبح بأيدينا أسلحة قوية فقد تيسر لنا معالجة هؤلاء الأطفال بالطرق الحديثة . والمدرسة الزهرية الانجليزية لا تزال تتبع العلاج الزرنيخى الزئبقى . وتستخدم كميات من «٩١٤» وأخواتها عالية ، فالطفل الذى عمره شهر يبدأ علاجه بمقدار ٠٥و٠ جرام ويزاد الى ١٠و٠ الى ١٥و٠ الى ٢٠و٠ الى ٢٥و٠ الى ٣٠و٠ جرام . ويرى «فيندلى»[1] انه يمكن الابتداء بمقدار ١٠و٠ الى ١٥و٠ جرام للاطفال الذين عمرهم شهر أو شهرين . ويستمر العلاج حتى تصبح (ع . ف .) سلبية ويكمل بالزئبق ويفضل نوع الحقن فى العضلات اسبوعياً بمقدار ٠١٢و٠ الى ٠٢و٠ ساليسيلات الزئبق[2] . ويمكن استخدام المراهم الزئبقية كما ذكرنا فى علاج « التدليك » فى صفحة ١٩٤ . وهكذا يمكن تكميل علاج الزئبق بواسطة الشراب (محلول السليمانى ١٠ فقط الى ٢٠ الى ٣٠ نقطة يومياً على اللبن) ،أو بواسطة (كالوميل ٠٠١و٠ جرام الى ٠١و٠ جرام ٣ مرات يومياً) . ولكن الشراب والمسحوق قد ينتج عنها اضطرابات معدية معوية كالقىء والاسهال ولذلك يستحسن تحاشى هذه الطريقة الا عند اللزوم

والمدارس الزهرية الاخرى تفضل استخدام علاج « الزرنيخ والبيزموت » ونلخص برنامجاً للعلاج هنا يعطى القارىء فكرة عن متوسط المقادير التى نتبعها أحياناً :

نبدأ علاج الطفل بمعدل ٠٠٣و٠ جرام من «٩١٤» أو أخواتها لكل كيلو جرام من وزن الطفل ، ونتدرج الى ٠٠٦و٠ الى ٠٠٩و٠ الى ٠١٢و٠ الى ٠١٥و٠ لكل

---

(١) Findlay.

(٢) وتتغير هذه المقادير طبقاً لصحة وعمر ووزن الطفل .

كيلو جرام حتى نصل الى ١٠٠ و ٠ جرام لكل كيلو جرام من وزن الطفل ثم نعطى الطفل من ١٠ الى ١٥ حقنة عضلية بيزموتية مرتين اسبوعياً بمعدل ١ ٠٠ و٠ جرام لكل كيلو جرام من وزنه ، وبذلك تنتهى المجموعة الاولى من العلاج . ثم نوقف العلاج لمدة شهر مثلا ونبـدأ المجموعة الثانية فالثالثة وهكذا حتى ينقى الدم سيرولوجياً ولو استدعت الحالة لعلاج لمدة سنة . وقد نزيد هذا العلاج لمدة أو لمدد اخرى حسب الموقف الايكلينيكى أو السيرولوجي للحالة .

والعلاج الزرنيخى يعطى بالوريد أو فى العضلات ، ففى حالة الوريد ينتقى وريد من أوردة الرأس — وبعضهم يعطى الحقنة فى أوردة الرقبة ، وأما حقن العضلات فتعطى للأطفال كما هى الحال عند الرجال مع ملاحظة اذابة المسحوق فى بضع نقط فقط من الماء المقطر ، وذلك منعاً للارتشاحات المحتملة الحصول فى أجسام الأطفال

علاج الوالدين فى حالات الزهرى الوراثى : يجب أن يعالج الأب والأم علاجاً وافياً بمجرد ظهور نسل مزهور . ويجب أن يستمر العلاج حتى تصبح الحالة ايكلينيكياً وسيرولوجياً مطمئنة .

وأقل ما يجب عمله هو معالجة الأم جيداً فى مدة حملها الاول بعد ظهور طفل مزهور علاجاً يطمئن مستقبل الجنين الثانى الذى فى بطنها .

علاج الزهرى الخبيث

تطهير القرحة الأولية الخبيثة بمطهرات قوية واستخدام الاشعة ومعالجة الحالة كحالة زهرية مـع مضاعفة الكميات العلاجية لمائة وخمسين ، او ، مائتين او مائتين وخمسين فى المائة ، مع ملاحظة حالة المريض وتكييف العلاج طبقا لهذه الحالة .

الزهرى والاذن بالزواج

سنتكلم عن هذا الموضوع فى باب « الامراض التناسلية والاذن بالزواج » فى آخر الكتاب .

طرق الوقاية من الزهرى

شرحنا الطرق الطبية للوقاية الشخصية من الزهرى فى صفحة (٢٢٦ - ٢٢٨) وسنشرح باقى الطرق فى باب « طرق الوقاية من الأمراض التناسلية » .

نقل العدوى بالزهرى للغير

وهل يترتب عليه مسئوليات مدنية أو جنائية ؟

لم يدفعنى لبحث هذا الموضوع إلا رغبتى فى تحديد مسئوليات نقل العدوى بالزهرى فى هذا المؤلف ، لعلمى ان هذا الموضوع لم يطرقه أحد للآن فى أى مؤلف باللغة العربية ، ولذلك نقول :

أن ايصال الأمراض التناسلية ، وعلى الأخص الزهرى والسيلان ، من شخص الى آخر بطريق العدوى من الأفعال التى اتيح للمحاكم مراراً النظر فيها لتقدير مسئولية فاعلها قانوناً وما يترتب على هذه المسئولية من التضمينات .

وسنورد هنا بايجاز ما وصل اليه الفقه والقضاء فى فرنسا بهذا الخصوص من الوجهتين المدنية والجنائية وحكم ذلك فى القطر المصرى :-

(١) المسئولية المدنية

(ا) اراء الفقهاء — نكتفى هنا بذكر ما ورد فى هذا الصدد باحدث مؤلف فى المسئولية المدنية [١] للنقيب « جاردينا » والاستاذ « سالمون ريكسى » بصحيفة ٥٩ نبذة ٢٥٩ وترجمته كالآتى : —

لا شك فى أن ايصال الأمراض المعدية وعلى الاخص الأمراض التناسلية الى شخص يترتب عليه مسئولية من تسبب فى العدوى حتى اذا كان ذلك لم يحدث قصداً وبصرف النظر عما اذا كان سبب العدوى عمل مضاد للآداب صادر ممن أصيب بالمرض ، وذلك لأن التعويض المدنى غير مبنى على الفعل المغاير للآداب الصادر من المصاب الذى أسلم ذاته للغير ، وانما أساس التعويض خطأ هذا الغير الأخير الذى تسبب فى ايصال مرض يعلم أنه مصاب به المصاب » (ويلى ذلك قضاء متواتر بهذا المعنى ومراجع فقهية أخرى مماثلة) .

---

(١) Louis Gardenat et Salmon Ricci: De la responsabilité civile, Paris, 1927.

وقد يحتج على هذا الحكم بأن الشخص الذى يسلم ذاته للأفعال التناسلية مفروض فيه انه يقبل ضمناً النتائج التى يحتمل أن تنشأ عنها ومن هذه النتائج الأمراض الأمراض التناسلية ، غير أننا نلاحظ رداً على ذلك وجوب التفرقة بين النتائج الطبيعية للأفعال التناسلية كالحمل وزوال البكارة وهى نتائج تصحب العلاقة التناسلية غالباً والنتائج الغير الطبيعية كعدوى الامراض التناسلية ، ففى (الحالة الاولى) لا نرى محلا لمسئولية المتسبب ما دام لم يصحب فعله بأعمال عنف أو تغرير أو خداع أو اغتنام فرصة ضعف ادراك أو صغر سن من حدثت معه الافعال التناسلية،إذ يجب توقع تلك النتائج بما أنها طبيعية . أما فى (الحالة الثانية) فلا مناص من القول بمسئولية المتسبب فى العدوى إذ لا يمكن افتراض تسليم المصاب بحدوث العدوى لمجرد قبوله العلاقة التناسلية لأنه لم يكن يتوقع حصول تلك العدوى اذ هى ليست بالنتيجة الطبيعية لتلك العلاقة ، فيفرض جهله بوجود المرض لدى الفريق الآخر حتى يثبت العكس . ونظراً لان النص التشريعى القائمة عليه المسئولية المدنية فى القانون المصرى يماثل نظيره فى القانون الفرنسى فنرى ان الحكم واحد فى التشريعين (راجع المادة ٢١٢ مدنى مختلط المقابلة للمادة ١٥١ مدنى أهلى و ١٣٨٢ مدنى فرنسى).

(ب) **أحكام القضاء** — محكمة استئناف « روان » — ٢٥ نوفمبر سنة ١٩٠٥ ، دالloz سنة ١٩٠٦ جزء ٢ صحيفة ٥٥ وما بعدها : —

ايصال الامراض بطريق العدوى (مرض الزهرى كان المرض المقصود فى تلك الدعوى) يترتب عليه مسئولية من تسبب فيه **ولو بدون قصد** ، ويجب الحكم بالتعويضات متى أثبت المدعى حصول علاقات تناسلية بينه و بين خصومه ترتب عليها احداث العدوى وان الخصم كان مريضاً أثناء تلك العلاقات **وكان يعلم ذلك أو كان فى مقدوره ان يتوقع امكان نقل المرض لغيره بالعدوى** .[1] وقد حكمت المحكمة

---

(١) ... et se savait ou pouvait se croire susceptible de transmettre la contagion.

فى تلك القضية لسيدة بتعويض ١٢٠٠٠ فرنكا أو ما يقرب من ٥٠٠ جنيها على رجل كان يعاشرها كخليلة ونقل اليها مرض الزهرى بالعدوى .

وقد حكمت محكمة باريس الاستئنافية حكما مماثلا للحكم السابق بتاريخ ١٢ يناير سنة ١٩٠٤ ومنشور فى داللوز سنة ١٩٠٤ جزء ٢ صحيفة ١٥٧ وما بعدها والتعليق الذى عليه . والحكم كان بتعويض يقرب من ٥٠٠ جنيها أيضاً لفتاة كانت خليلة أحد أشراف فرنسا نقل اليها الزهرى بالعدوى .

وقد حكمت محاكم فرنسا بقضاء متواتر بمسئولية الوالدين الذين يسلمان طفلهما المريض بالزهرى الى مرضع فينقل اليها الطفل المرض بالعدوى (راجع المسئولية المدنيه للنقيب جاردينا وسالمون ريكسى السابق ذكره صحيفتى ٥٩ و ٦٠ نبذة ٢٦٠)

(٢) المسئولية الجنائية

(ا) اراء الفقهاء — نص التشريع الفرنسى [١] فى المادة ٣٢٠ عقوبات على معاقبة من يتسبب فى احداث جروح بغيره برعونته أو عدم احتياطه ، ويسلم القضاء والفقه فى فرنسا بأن الجرح المنصوص عنه فى تلك المادة يشمل الاصابة بمرض معد وعلى الاخص بالامراض التناسلية كالزهرى (راجع تعليقات « جارسون » على قانون العقوبات الفرنسى صحيفة ٧٩٦ نبذة ٢٣٧ والاحكام والمراجع الموضحة بها) .

---

(١) وأخيراً عدل الايطاليون قانون عقوباتهم فصارت المادة ٥٥٤ تنص على عقوبة من سنة الى ٣ سنوات لمن يتسبب فى نقل العدوى بالزهرى أو بالسيلان لغيره . واذا نقل العدوى لغيره عمداً فتطبق عليه المواد ٥٨٣ و ٥٨٤ و ٥٨٥

وفى سنة ١٩٢٧ وافق مجلس الريشستاج الالمانى على قانون محاربة الامراض التناسلية وفيه نص صريح على معاقبة من يتسبب فى نقل العدوى بالامراض التناسلية لغيره .

(ب) **أحكام القضاء** — قضت المحاكم الفرنسيــة بمقوبة الوالدين اللذين يسلمان طفلهما المريض بالزهرى لمرضع للعناية به فينقل اليها الطفل المرض بطريق العدوى ، وذلك طبقاً لنص المادة ٣٢٠ عقوبات فرنسى (هذه المادة تقابل المادة ٢٠٨ عقوبات أهلى) — راجع الاحكام المذكورة فى جارسون السابق التنويه عنه فى صحيفة ٧٩٧ نبذة ٢٣٧ .

كل المبادىء السابق ذكرها لا يمكن تطرق أى شك أو نزاع فى صحتهـــا . وانما هل يمكن القول بامكان تطبيق عقوبة الجرح العمــد المنصوص عليها فى المواد ٢٠٤ وما بعدها عقوبات أهلى على من يحدث بغيره اصابة بمرض تناسلى معد قصداً ؟

لا شك فى أن النية تختلف فيما يتعلق بحوادث الضرب والجرح عنها فى حوادث القتل ، اذ من المسلم به أنه يكفى لتكوين جريمة الضرب والجرح العمد وجود مجرد النية الاحتمالية لدى المتهم : فمثلاً لو أن شخصاً ألقى أجساماً صلبة على جمهور من الناس لا بقصد إصابة أحد منهم ولكن بقصد تفريقهم فأصاب أحدهم فان فعله يعتبر اصابة عمداً لا خطأ ، وقد حكمت محكمة جنح مصر بهيئة استئنافية بأن « سائق السيارة الذى يخترق بسيارته نطاق البوليس بقصد المرور فيصيب بها بعض رجال البوليس يعتبر معتدياً عليهم بالضرب عمداً حتى اذا أثبت أنه لم يقصد اصابتهم وانما قصد المرور مهما كلفه ذلك » وهذا الحكم صدر فى سنة ١٩٢٩ ولم ينشر بعد .

فاذا سلمنا بذلك يكون مما لا نزاع فيه منطقياً أن الشخص الذى يعلم أنه مصاب بمرض تناسلى معد ، ويتصـــل رغم ذلك تناسلياً بآخر فينقل اليه المرض ، يكون قد ارتكب جرائم الاصابة العمد بمختلف درجاتها حسب خطورة النتائج التى تترتب على عمله.

ولسنا فى حاجة بعد هذا الى القول بأن من يتعمد اصابة غيره بمرض من الأمراض التناسلية — بقصد الانتقام مثلا — يكون قد ارتكب طبعاً وبالأولى تلك الجرائم .

والآن بقيت مسألة موضوعية لا نريد التعرض لها وهى مســألة الاثبات، فقد يكون متعذراً فى بعض الحالات ، وانما يكفينا هنا القول أننا رأينا فى القضايا المنشورة فى المجاميع الفرنسية الآنفة الذكر امكان الوصول الى الاثبات فى أحوال عديدة .

أهم المراجع وكتب الاستشهاد

Neisser: Die experimentelle Syphilisforschung etc., 9 Kong. der Deut. dermat. Gesell. in Bern, Berlin 1907.

Uhlenhuth u. Mulzer: Bietrage zur. Experimentellen Path. u. Theapie der Syph. . . . etc., Arbeiten aus dem Kaiser. Gesundheitsamt. 1913 Bd. XLIV Heft 3.

Finger: Die Syphilis und die venerischen Krankheiten, Leipzig und Wien, 1901.

Finger: 9. Kongress der Deut. dermat. Gesellsch. in Bern.

Ders: L'hérédité syphilitique, Paris 1890.

Ders: Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten, Wiesbaden, 1904.

Lang: Vorlesungen über Path. u. Therapie der Syphilis, Wiesbaden, 1904.

Mauriac: Syph Primitive et Syph. Secondaire 1890.

Fournier: Traité de la Syph., Paris 1899.

Fournier: Syphilis chez la femme, Paris 1873.

Fournier: Médicine Modern, Paris 1891.

Proksch: Handbuch der Geschlechtskrankheiten, Wien u. Leipzig 1910.

Buschke: Syphilis, in (Riecke) Lehrbuch der Haut u. Geschleschtskrankheiten. Jena 1920.

Max Joseph: Geschleschtskrankheiten, Berlin 1916.

Levaditi et Roché: La Syphilis, Paris 1910.

Browning & Mackenzie: On Sypilis; recent Methods of Diagnosis & Treatment; Glasgow Med. Journ. vol LXXIV. 1910.

Heller u. Freudenberg: Berliner klin. Woch. 1917 Unstimmigkeit der Wass. Reaktion).

Noguchi: Serum Diagnosis of Syphilis, Philadelphia.

Mc. Donagh: Venereal Diseases, London 1920.

Mc. Donagh: Biology & treatment of Venereal Diseases, London 1915.

Ehrlich: Abhandlungen über das Salvarsan, München, 1911.

Kolle; Fabry; Knopf Sinn; u. Friedländer; (Silbersalvarsan) Deut. med. Woch. 1918, 1919.

Lacapère, Restoux et Bougeard: Rech. sur l'elimination des prepartions bismuthée. Bull. Soc. de Dermat., Juin. 1924.

Hans Curschmann-Rostock: Ueber Tabes Dorsalis. Münch. M. Wochen No7, 1923.

Moore & Kemp: The Treatment of Early Syphilis. (W. R) in Treated early Syphilis. Bull. Johns Hopkins Hosp. No 1. XXXIX 1926.

Karl Grassmann: Zur Erkennung und Behandlung syphilitischer Erkrankung der Kreislauforgane. Münch. M. Wochen. No 6, S. 185, 1923.

Franz Mracek: Atlas der venerischen Krankheiten. 1908.

R. Jewesbury: Marriage and Syphilis.; Brit, Jour. Ven., Dis, October 1926.

Guillain et Laroche et Léchelle: Technique de la réaction du benjoin colloidal. Paris 1926.

Grenet, Levent, et Pelissier: Les Syphilis Viscerales Tardives. Paris 1927.

Levaditi: Le Bismuth dans le traitement de la Syphilis. 1924.

Hutinel: Le Terrain Hérédo-Syphilitique, Paris, 1925.

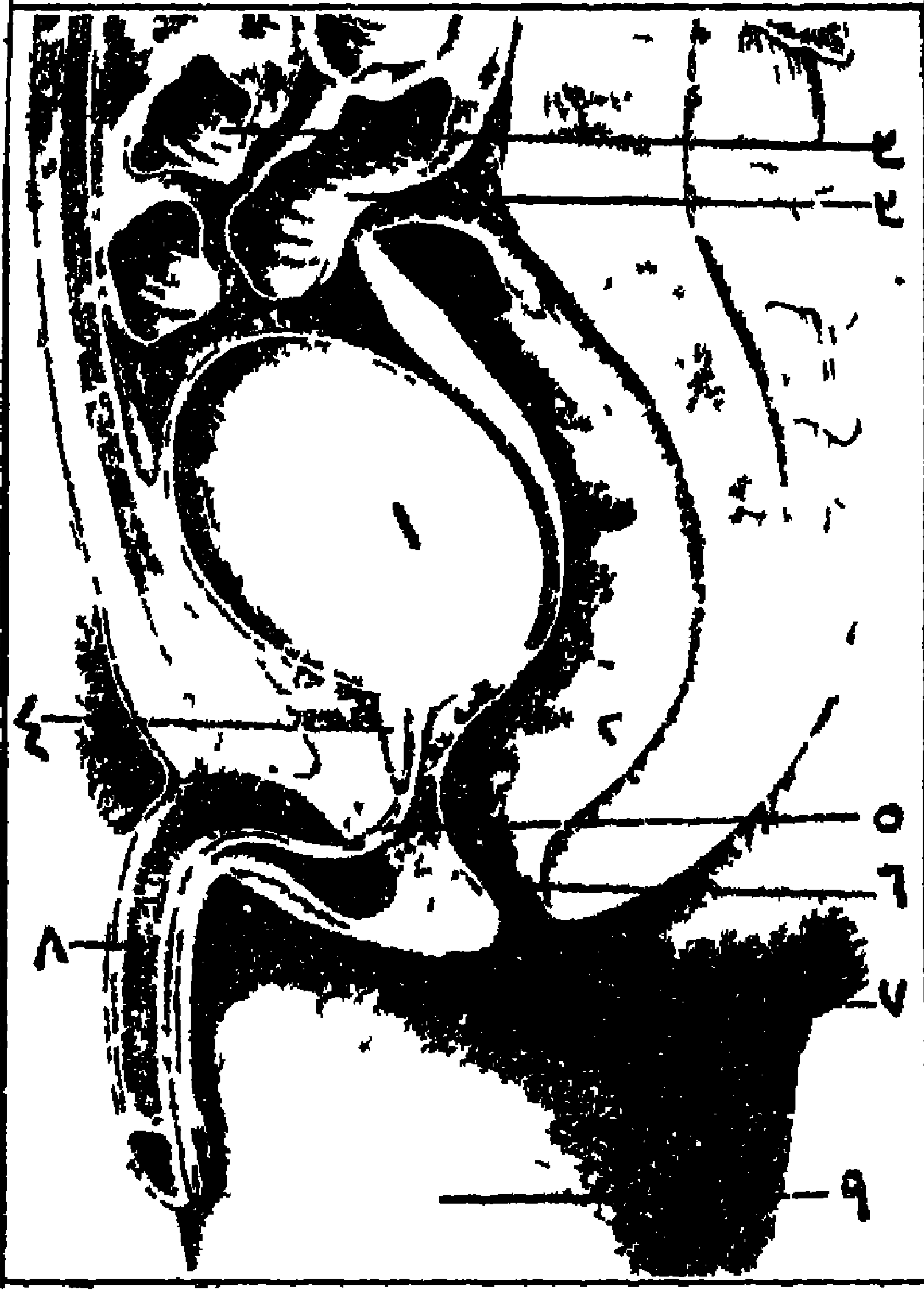
Lacapère et P. Vallery-Radot: Traitement de la Syphilis Hereditaire et de la Syphilis Infantile Acquise. Paris 1922.

السيلان

جونوريا — بلينوريا — تريپه — شوپس

تاريخه [١] — كان قدماء المصريين يعرفون السيلان كما ان اليونانيين عرفوه وقد وصفه طبيبهم (ايريتيس) بأنه افراز يستمر ليل نهار ويؤلم المريض ويجعله حزيناً بائساً وكان يظن ان هذا الافراز هو المنى (سيمين) بعينه . ويظن ان الملكة كليوپاطرة الجميلة كانت مصابة بالسيلان وقد استعملت لفظة (جونوريا) فى وصف حالتها المرضية ، ولذا فأن ادعاء البعض أن العالم (جالين) هو أول من استعمل لفظة جونوريا ادعاء باطل لأن كليوپاطرة عاشت فى زمن سابق ليوم ميلاد هـذا العالم . ويرجح أن أول من وضع هذه اللفظة هو (ابقراط) نفسه . وقد وضع سيدنا موسى قواعد مخصوصة يتبعها شعب اسرائيل للتطهر عندما يصابون بهذا المرض . وكان علماء العرب يعرفون هذا المرض وقد وصفه العالم الكبير والطبيب الخطير ابن سينا ولو أنه لم يصف له الا العلاج الذى كانوا يظنون انه علاج بديع فى أوقاتهم . وأول من وصف التقرحات التى تنتج عن هذا المرض فى مجرى البول الامامى (يوريثرا) هو (ايتيس) اليونانى . واستمر العلماء هكذا يتخبطون فى اعتقاداتهم المختلفة الفاسدة حتى هجم الزهرى على أوربا وانتشر فيها فزادت خرافات العلماء واتسع ميدان اغلاطهم حتى أن پاراسيلسص كان يعتبر السيلان كالعارض الاول الذى يظهر فى مرض الزهرى وذلك لأن بعض المرضى كانوا يصابون بالمرضين معاً فيظهر السيلان بعد يومين أو ٣ أيام ويظهر الزهرى بعد بضعة أسابيع . وتبعه كثير من العلماء فى اعتقادهم ، ولكن الشك فى علاقة المرضين ظهر فى كتابات (تيركيه دى مايرن) وهو أول من قال بأن الافراز فى السيلان هو افراز صديدى (پص) . واستمر الحال على هذا المنوال بين شك ويقين حتى قام (هنتر) وادعى دعواه المذكورة فى صحيفة ١٧ وبذا حكم على

(١) أخذت أهم نقط هذا التاريخ نقلا عن كتاب تاريخ الامراض التناسلية للعلامة Proksch المذكور فى صحيفة ٢١



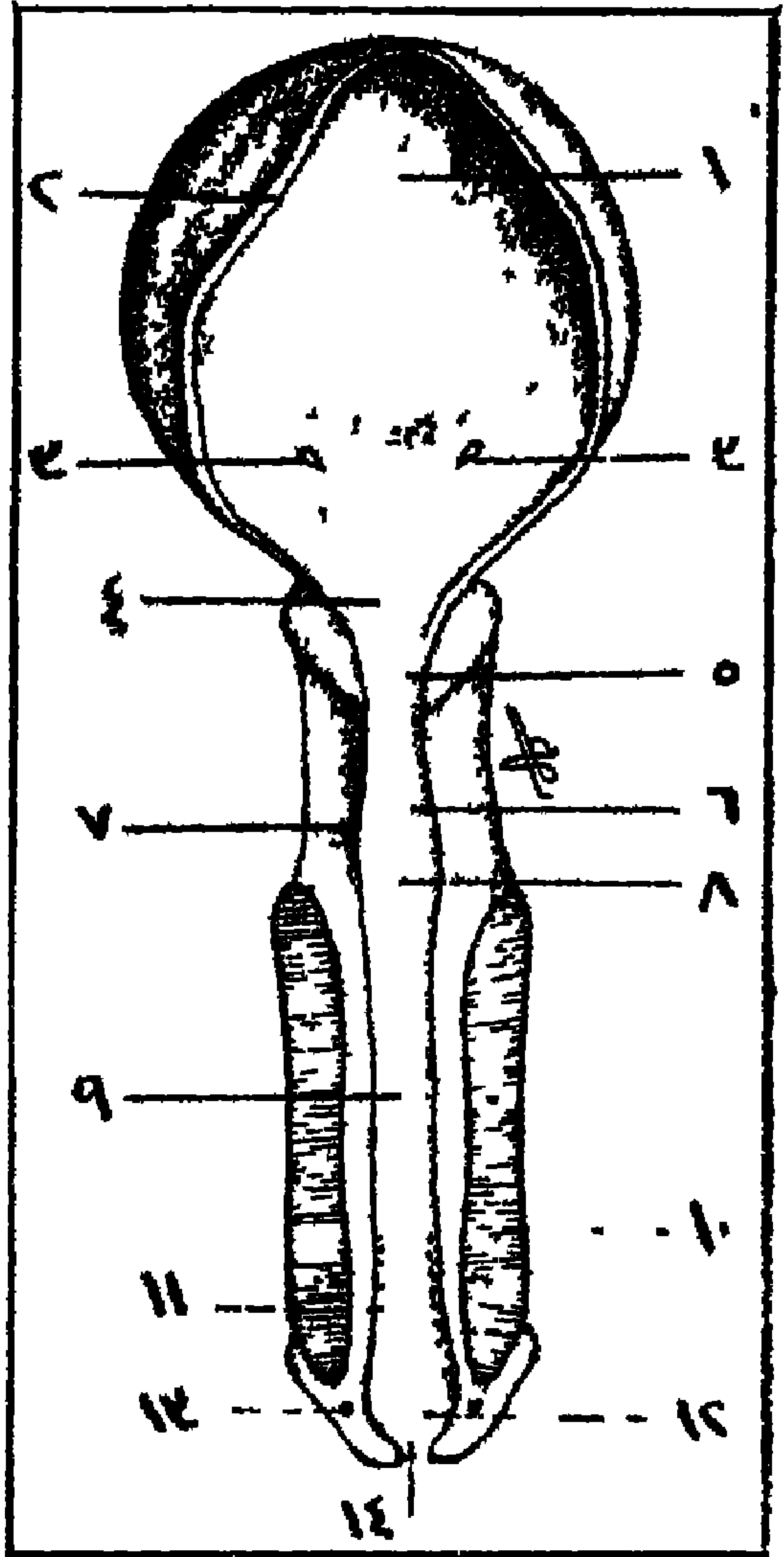
(رسم نمرة ٤٩)
قطاع أمامى خلفى
وسط الجسم
(١) المثانة
(٢) المستقيم
(٣) أجزاء من
الامعاء
(٤) البروستاتا
(٥) مجرى البول
الخلفى
(٦) التسرج
(٧) العجز
(٨) القضيب
(٩) الفخذ

العالم الطبى باستمراره فى خطائه رغم نداء (بيل) و (هيرناندز) بأن السيلان مرض قائم بذاته والزهرى مرض آخر حتى ظهر ريكور الذى كان يعتقد ان الامراض التناسلية متعددة [١] وليست مرضاً واحداً كما كان يعتقد هنتر الذى سمى كتابه عن الزهرى والسيلان وغيرهما من الامراض التناسلية (كتاب المرض التناسلى) [٢] وقام ريكور بتجارب (راجع صفحة ١٨) وأثبت صحة رأيه . ومن يومها استمر العلماء يبحثون عن سبب هذا المرض حتى توصل (نيسر) سنة ١٨٧٩ لاكتشاف ميكروب السيلان وبذا ابتدأ عصر دراسة مرض السيلان درساً حقيقياً .

---

(١) „Au commencement Dieu crea le ciel, la terre, l homme et les maladies vénériennes, (Ricord).

(٢) Traite de la Maladie Venérienne, (par Hunter).



(رسم نمرة ٥٠)

تشريح تقريبي لمجرى البول

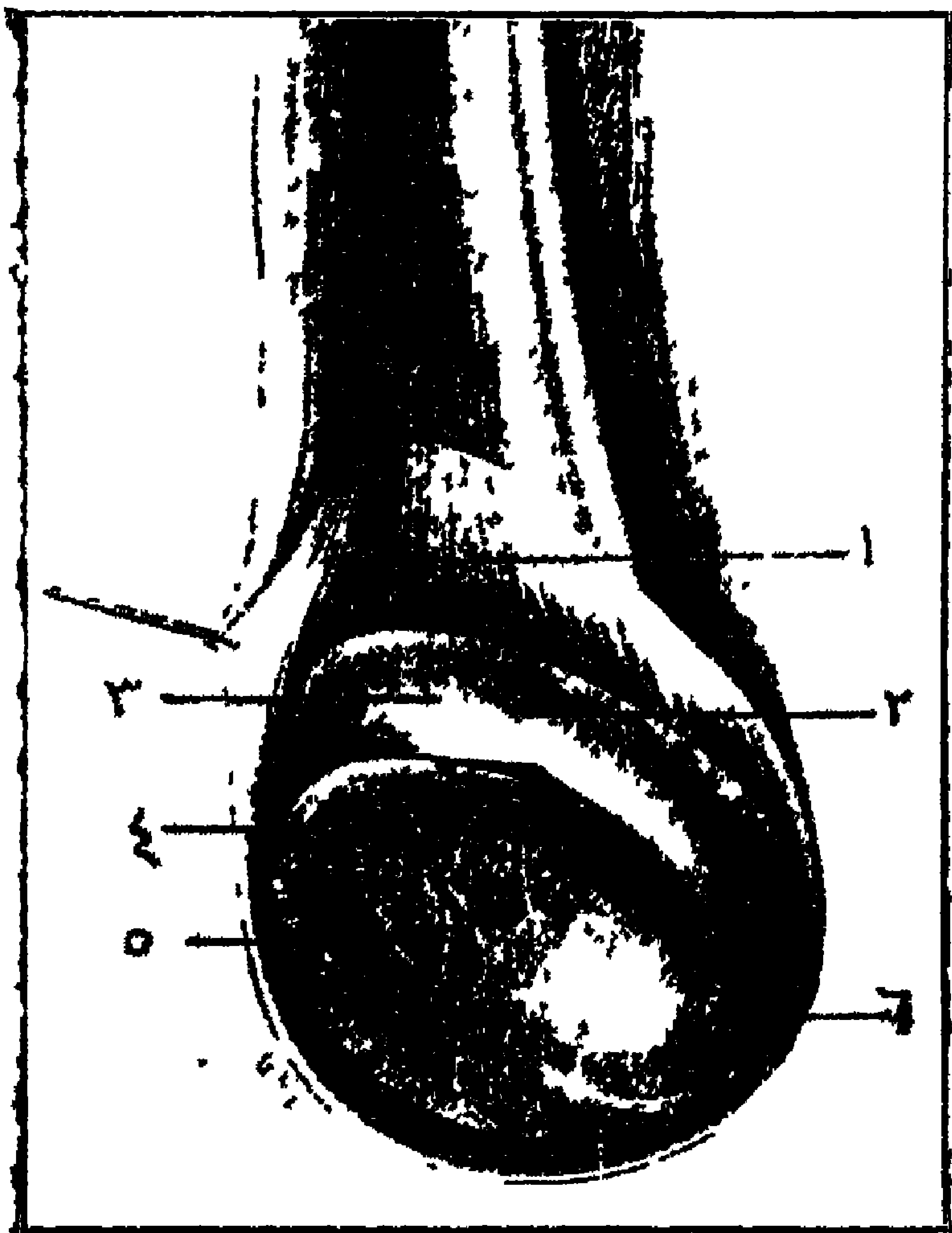
(١) سطح المثانة الداخلى (١) سمك حائط المثانة (٣) فتحة الحالب التى بالمثانة (٤) عنق المثانة (٥) جزء مجرى البول داخل البروستاتا (٦) جزء مجرى البول داخل الغشاء (٧) عنق الجزء البصلى لمجرى البول (٨) الجزء البصلى لمجرى البول أى الجزء المتسع بمجرى البول (٩) الجزء الاسفنجي بمجرى البول (١٠) سمك الجزء الكهفى بالقضيب (١١) فتحات الغدد بمجرى البول الامامى بالقرب من فتحة القضيب الامامية (١٢) الحفرة الزورقية أى الاتساع بمجرى البول بعد فتحة القضيب الامامية (١٣) غدة (١٤) فتحة القضيب الامامية .

مقدمة تشريحية

للاعضاء التناسلية عند الرجال والنساء

نرى ان نذكر ملخصاً بسيطاً لتشريح الاعضاء التناسلية عند لرجال والنساء مساعدة للقارىء على فهم ما سيجىء فى باب السيلان من الاوصاف ونعتقد ان القارىء يمكنه الرجوع الى مؤلفات التشريح الواسعة لفهم تفاصيل هذه الاعضاء . وننصحه بأن يتصفح الرسوم وشرحها جيداً قبل مطالعة باب السيلان، ونبدأ بوصف أعضاء الرجال : -

تتركب الاعضاء التناسلية عند الرجال من القضيب (پينيس) ، والخصيتين



(رسم نمرة ٥١)
صورة الخصية
وما حولها
(١) الحبل المنوى
(٢) جسم البربخ
(٣) رأس البربخ الكبير
(٤) كيس مورجانى الديدانى أى هيداتيد مورجانى
(٥) الخصية
(٦) رأس البربخ الصغير .

(تيستيكيلز) ، والبربخين (ايبديديميس) . والحبل المنوى الايمن والايسر (سپرماتيك كورد) ، والپروستاتا (پروستاتا) . والحويصلتين المنويتين (ڤيزيكيولى سيمينيلس) ، وبطبيعة الحال من جميع العضلات والاعصاب وباقى الاجزاء التشريحية التى لها علاقة بتغذية وتحريك هذه الأعضاء .

القضيب — (راجع رسمى ٤٩ و ٥٠) يتركب القضيب من العضلات الكهفية والاسفنجية (كاڤير نص اندسير پيجينص مصيلز) ومن مجرى البول (يوريثرا) .

فالعضلات المذكورة هى التى يتكون منها سمك القضيب وهى عضلات رخوة تنتفخ لما تحتقن بالدم الذى يملأ خلايا الفضاء الموجودة بهذه العضلات ويحصل ذلك عند الانتصاب (الانتعاظ) ، وقد يكون هذا الانتصاب نتيجة تهيج شهوانى تناسلى وقد يكون نتيجة تهيج موضعى ، وعلى العموم فالفسيولوجيا الميكانيكية لهذا الانتصاب تنحصر فى ان الدم يندفع داخل أوردة القضيب وعضلاته فتحتقن ويحصل



(رسم نمرة ٥٢)

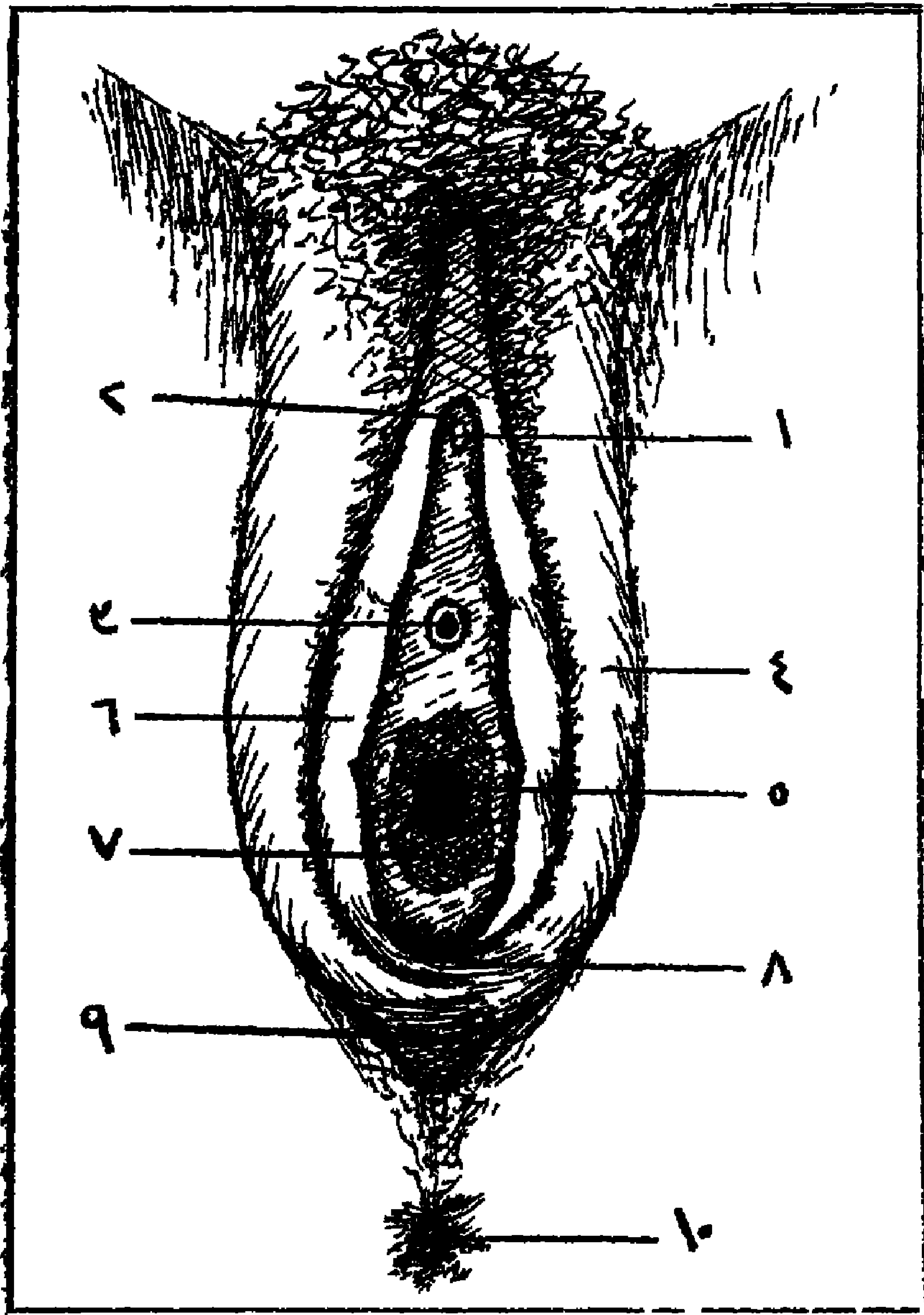
السطح الأسفل للمثانة وما عليه من الاعضاء :—

(١) المثانة (٢) القناة الناقلة للمنى وترى زميلتها بالجهة الاخرى (٣) الحويصلة المنوية وترى زميلتها بالجهة الأخرى (٤) البروستاتا (٥) مساحة مثلثة بين قناتى نقل المنى (٦) جزء من العظم الوركى (٧) غدد « ميرى » أى غدد «كوبر» (٨) الجزء البصلى لمجرى البول أى الجزء المنتفخ فى مجرى البول.

الانتصاب[١] . وأما مجرى البول فهو عبارة عن (الماسورة) التى يخترقهـا البول فى طريقه من المثانة الى فتحة القضيب الامامية وتتركب هذه (الماسورة) من عضلات

---

(١) لفهم « فيسيولوجيا و.تولوجيا الجماع » ننصح بمراجعة كتاب « الضعف التناسلى عند الذكور والاناث » للدكتور فخرى من صحيفة ٢٦ الى ٤٧ وما بعدها من المباحث .



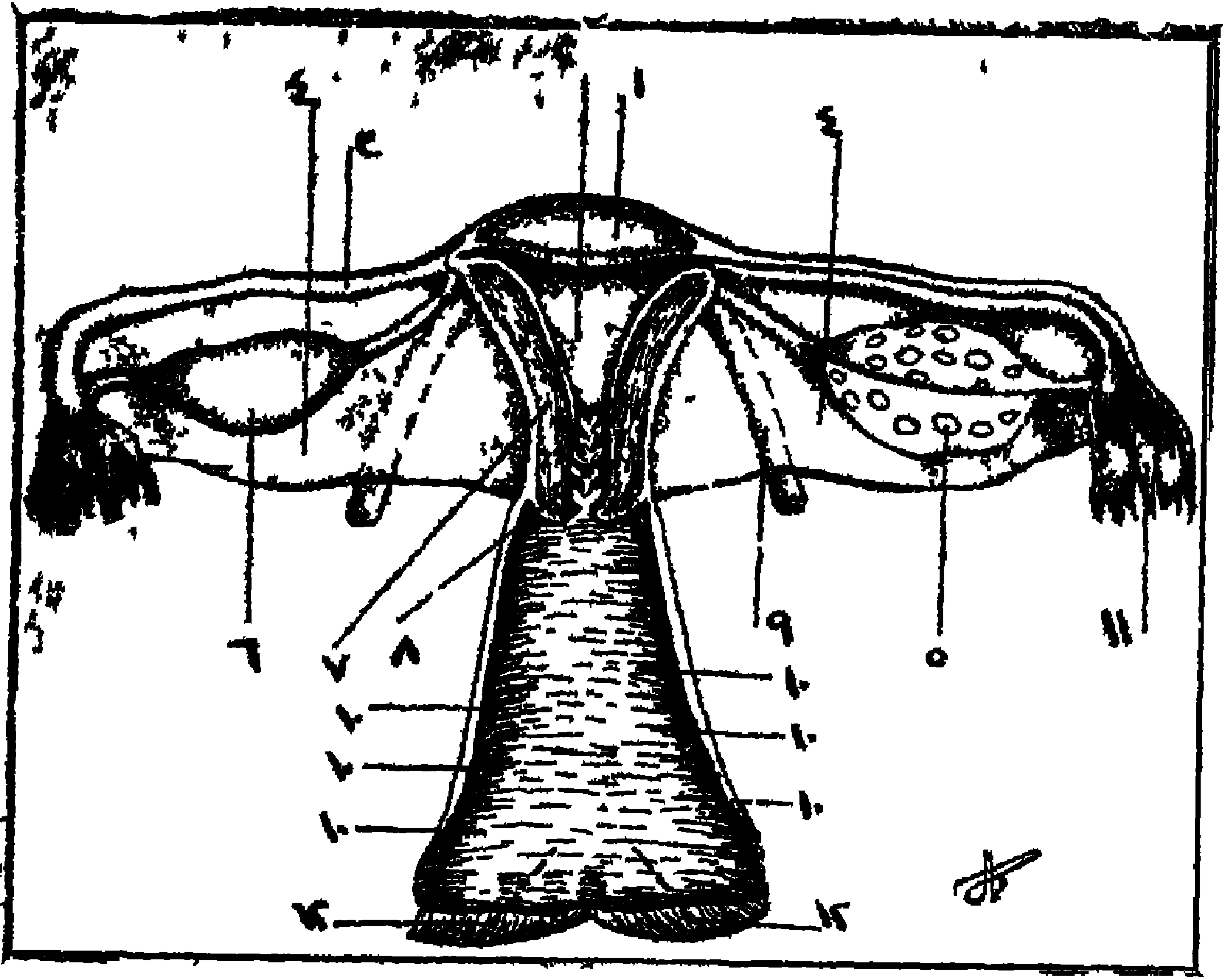
(رسم نمره ٥٣)

منطقة الاعضاء التناسلية عند النساء كما ترى من الخارج —

(١) العانة (٢) قلفة البظر (٣) فتحة مجرى البول عند النساء (٤) الشفر الكبير (٥) الفتحة الامامية للمهبل ومغطاة وقليلا بغشاء البكارة (٦) الشفر الصغير (٧) غشاء البكارة (٨) الحفرة الزورقيه (٩) قيد الشفرين (١٠) فتحة الشرج .

رقيقة مكسوة من الداخل بسطح مخاطى ناعم أحمر وهذا هو السطح الذى يصاب أولا بالعدوى بالسيلان.ويقسمون هذه الماسورة الى ثلاثة أقسام عند الكلام عن السيلان:—

(١) **مجرى البول الامامى** : ويبتدىء من فتحه القضيب الامامية حتى سطح



(رسم نمره ٥٤)
الأعضاء التناسلية الداخلية والخارجية عند النساء

(١) قاع الرحم (٢) تجويف الرحم (٣) بوق فلوب (٤) الرباط العريض (٥) حويصلة جراف (٦) المبيض (٧) سمك جدار الرحم (٨) شجرة الحيـــاة (٩) الرباط المدوّر (١٠) المهـل (١١) سرافة البوق (١٢) فتحة المهـل المقدمة عند العرج .

الغشاء البولى التناسلى (يوروجينيتال ديافرام) الذى تنحصر بين طبقتيه العضـلة القابضة . ولما يبتدىء عند فتحة القضيب - الصماخ - يتسع قليـلا فتتكون عن هذا الاتساع الحفرة الزورقية ١٢ رسم نمرة ٥٠ (فوسسا نُفيكيولاريس) وكثيراً ما يهمل بعض الاطباء علاج هذه الحفرة بعناية عند ما يعالجون حالات السيلان فتستمر مركزاً ثابتاً لميكروبات السيلان فى الحالات المزمنة . ويضيق مجرى البول ثانيـة ويرجع لاتساعه العادى حتى يصل الى القرب من العضلة القابضـة فيتسع كثيراً وينتج عن

هذا الاتساع الجزء البصلى لمجرى البول (بالباريوريثرا) ٨ رسم نمرة ٥٠ ويرجع فيضيق حتى يصل للعضلة القابضة . وتوجد عدة غدد صغيرة حول مجرى البول الامامى تمتد من كل منها قناة رفيقة ، وتوجد فتحة نهاية القناة على سطح مجرى البول ١١ رسم نمرة ٥٠ ، وتوجد جيوب صغيرة (لا كيونى) بسطح مجرى البول وهذه هى الجيوب التى تدخلها ميكروبات للسيلان وغيره فتختفى داخلها ويتسبب عن دخولها هناك استمرار المرض رغم العلاج اللهم الا اذا وجهت كل عناية لمنع ذلك . وليلاحظ القارىء ان سطح مجرى البول يكون دائمًا ملتصقًا بعضه ببعض أى لا يكون منتفخًا (كالماسورة) الا عند التبول وهذا منعًا لدخول الميكروبات والهواء داخل المجرى . وعند ما تنتهى عملية التبول يضغط سطح المجرى على آخر نقطة من البول به فيخرجها فى الحالات الطبيعية . ولكن فى المرض يشعر المريض بوجود جزء من البول داخل المجرى يضايقه فيضغط عليه بيده ليخرج آخر نقطة من البول .

(٢) **مجرى البول الأوسط** أى مجرى البول داخل الغشاء (ميمبرينص يوريثرا) ٦ رسم نمرة ٥٠ يبتدىء عند انتهاء مجرى البول الامامى وينتهى عند ما يخترق مجرى البول البروستاتا ، وهو جزء يتراوح طوله بين سنتى ونصف و ٢ سنتى ويكون دائمًا مضغوطًا بالعضلة القابضة التى حوله ولا ينفتح بشكل (الماسورة) الا عند مرور البول به . ويعتبر وجود هذا الجزء كوقاية للمرضى من فتك السيلان بهم لأن المرض ينتشر ميكانيكيًا بسهولة على طول مجرى البول الامامى حتى نهايته فيلاقيه مجرى البول الأوسط ويقف عقبة فى سبيل تقدمه وبذا لا ينتشر المرض بسهولة لاجزاء مجرى البول الداخلية ولا يصل للمثانة .[1]

(٣) **مجرى البول داخل البروستاتا** (بروستاتيك يوريثرا) ٥ رسم نمرة ٥٠ هو جزء مجرى البول الذى تحيط به البروستاتا وينتهى بفتحة مجرى البول داخل المثانة . وتوجد على سطحه الداخلى فتحات القنايات الصغيرة الخارجة من البروستاتا وفتحتى قناتى نقل المنى الآتيتين من الحويصلتين المنويتين ومن هذا يفهم القارىء

---

(١) اللهم الا فى حالة انتقال الميكروبات بواسطة الاوعية الليمفاوية الى المثانة وغيرها .

ان المنى السميك اللزج الآتى من الحويصلتين المنويتين يمتزج فى هذا الجزء من مجرى البول بافرازات البروستاتا السائلة ويخرج على طول مجرى البول حتى فتحة القضيب الامامية فيكون هناك ممزوجاً جيداً فى شكله الطبيعى المعتاد .

الخصية — عضو يشبه (البيضة) صغير أى أقل من أو مثل بيضة الحمام فى حجمه دقيق التركيب موجود بالصفن (سكروتم) وحوله غشاء متين يسمى الغشاء الغمدى للخصية (تيونيكا ڤاجيناليس) . وهو العضو الذى يفرز المنى السميك الذى يمتزج بالحيوانات المنوية التى تمر بالبربخ و يذهب كمنى سميك داخل قناة نقل المنى الى الحويصلة المنوية . وتصل ميكروبات السيلان الى الخصية عادة عن طريق الاوعية الليمفاوية ولو انه يمكن وصولها عن طريق قناة نقل المنى ولكن هذا أندر من الطريقة السابقة . وتوجد بالجسم خصيتان (رسم نمرة ٥١)

البربخ — عضو مستطيل له رأس كبير (كاپوت ميچور) وجسم مستطيل وذيل أو ما يسمونه رأس صغير (كاپوت مينور) . وهو العضو الدقيق الموجود فوق الخصية وهو الذى تمر به الحيوانات المنوية . ولما تلتهب القنايات الصغيرة التى تخرج فيها تلك الحيوانات يحصل فيها أحياناً انسداد فلا تخرج هذه الحيوانات المنوية فيصاب المريض بالعقم أى انه يصبح عاجزاً عن الاتيان بنسل . وهذا هو أهم اسباب العقم الناتج عن السيلان ولو ان بعض الحالات يمكن معالجتها جيداً و بنجاح يأتى بنسل . وكثيراً ما يهمل الاطباء فحص هذا العضو عند معالجة السيلان أو غيره من الامراض التناسلية مع ان كثيراً من الحالات المزمنة لا يكون بها أى علامة ظاهرة غير تضخم هذا العضو ولذا فاننى أنصح بفحص هذا العضو جيداً فى كل الحالات . و يوجد بالجسم بربخان . واحد على كل خصية (٥١)

الحبل المنوى — يتركب الحبل المنوى من قناة نقل المنى و بضعة أوردة وشرايين وأنسجة أخرى وتبتدىء القناة من الخصية وتمتد على سطح البطن الأسفل الخارجى وتدخل فى القناة الاربية (اينجوينال كانال) الى داخل البطن وتنزل فى تجويف الحوض (پلڤيك كاڤيتى) خلف المثانة حتى تنتهى عند الحويصلة المنوية

فتمتح فيها وتنزل المنى الذى يحجز هناك حتى يخرج عند اللزوم فى قنـــاة نقل المنى الخارجة من الحويصلة والممتدة حتى سطح مجرى البول داخل البروستاتا فتنزل المنى هناك فيسير فى مجرى البول حتى فتحة القضيب . وعلى ذلك توجد قنـــاتان واحدة يمنى وواحدة يسرى لنقل المني من الخصيتين الى الحويصلتين المنويتين وتسميان (ڤازا ديفيرنشيا) وهما القناتان الموجودتان بالحبل المنوى . وهما غير القناة التى تنقل المنى من الحويصلتين الى مجرى البول ويسمونها (ڤازا ايفيرنشيا) راجع رسم ٥١ ورسم ٥٢

البروستاتا — عضو مخروطى الشكل — مثل فاكهة الكمثرى — قاعدته فى أسفل المثانة يشبه فى صلابته صلابة الخصيـــة تقريباً وتخترقه ماسورة مجرى البول من المثانة عند قاعدة البروستاتا وتخرج عند طرفها الآخر (راجع رسم ٤٩ ورسم ٥٢) وتلتهب البروستاتا فى أكثر حالات السيلان المزمن . ويمكن فحص البروستاتا بادخال أصبع اليد ، أو بجس البروستاتا ، داخل فتحة الشرج كما سيجيء تفصيلياً ، وبطبيعة الحال لا يوجد بالجسم الا بروستاتا واحدة وهى لا توجد الا عند الذكور لأن احدى وظائفها افراز سائل يمتزج بالمنى فيعطيه شكله الطبيعى وتساعد أيضاً فى نفس حركة الجماع ميكانيكياً .

الحويصلة المنوية — هى عضو بشكل (الـكيس) المستطيل يخزن فيه المنى حتى يفرز عند اللزوم وهى موجودة خلف المثانة كما ترى فى رسم ٥٢ ويمكن فحصهـا أيضاً من فتحة الشرج فيشعر الطبيب بها اذا كانت متضخمة وتوجد حويصلتان منويتان بالجسم ولا توجد طبعاً الا عند الذكور .

هذا هو الوصف الاجمالى لاعضاء التناسل عند الرجال ولـكن أحيـــاناً توجد أشكال غير طبيعية (ابنورماليتيز) فى تركيب هذه الاعضاء ويرجع لدراسة كل هذه الاشياء فى المؤلفات الخاصة بها .

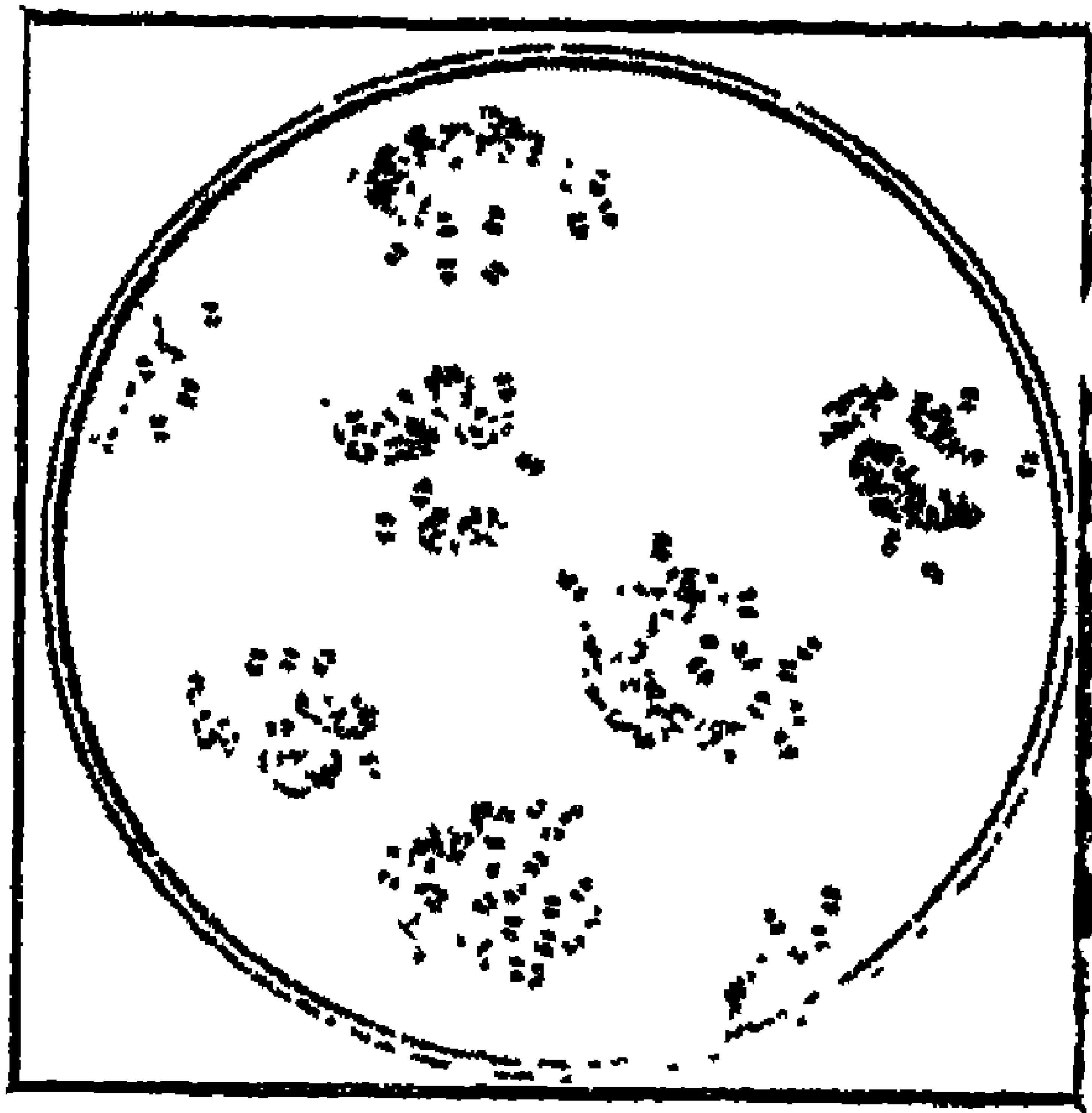
والآن نتكلم عن الاعضاء التناسلية عند النساء ، ولا داعى لاطالة الشرح اذا اعتنى القارىء بدرس الرسمين نمرة ٥٣ ونمرة ٥٤ عناية كافية . فقط نستلفت نظر القارىء لفرق واحد عظيم بين الجهاز التناسلى عند الرجال والجهاز التناسلى عند النساء ، وهذا

الفرق ينحصر فى ان الجهاز التناسلى عند الرجال مرتبط تمام الارتباط بالجهاز البولى إذ ان البول يخرج من المثانة ويسير فى مجرى البول حتى فتحة القضيب ، والمنى يخرج من الحويصلة المنوية ويسير حتى « جزء مجرى البول داخل البروستاتا » ويسير فى مجرى البول حتى فتحة القضيب . ونفس القضيب هو العضو الذى يخرج البول من الجسم بواسطته وهو العضو الذى يؤدى وظيفة الجماع . أما عند النساء فأن فتحة مجرى البول موجودة عند ابتداء مجرى البول (٣ رسم نمرة ٥٣) وينتهى هذا المجرى فى المثانة . ولا علاقة لهذه الفتحة بالتناسل ، والعضو الذى يؤدى وظيفة الجماع هو المهبل ، ولا علاقة للمهبل بالجهاز البولى إذ يبتــدىء عند الفرج وينتهى عند عنق الرحم . وليلاحظ القارىء أن غشاء البكارة (٧ رسم نمرة ٥٣) موجود كغطاء فوق الفتحة الأمامية للمهبل ، ويرى القارىء فتحة مستطيلة وسط هذا الغشاء وهذه الفتحة تكون بأشكال متعددة فى أنواع البكارة ،وهذه الفتحة ضرورية للبنات لينزل منها النزيف الدموى الذى يأتيهن شهريًا ويسمونه الحيض (مينستيوريشن) وهو عبارة عن نزيف فيسيولوجي ينزل من داخل الرحم . وعند ماتصبح البنت ثيبًا أو عند ماتنعدم هذه البكارة من أى سبب آخر كنتيجة النهاب يصيب البكارة فى بعض الحميات أو الامراض المختلفة الاخرى أو كنتيجة حركة عنيفة كسقوط من علو أو عندما تلعب بعض الفتيات لعبهن العادى (كالنط بالحبل) أو ركوب الدراجات أو ماشابه ذلك فان فتحة المهبل الامامية تظهر حولها آثار البكارة (كارانكيولي ميرتيفورميس) .

وليلاحظ القارىء أن كل الاجزاء الموجودة بالرسم نمرة ٥٤ هى داخل تجويف الحوض . وليلاحظ أن بوق فاللوپ (٣ رسم نمرة ٥٤) هو (الماسورة) التى تسير بويضة المرأة داخلهــا من المبيض الذى يفرزها الى تجويف الرحم حيث تلتقى عادة بالحيوانات المنوية للرجل وهناك يتربى الجنين فى اكثر أنواع الحمــل العادية . وأما الحيوانات المنوية للرجل فتنزل فى المني عند الجماع داخــل المهبل وتدخل فى الفتحة الامامية لعنق الرحم وتمر فى طريقها داخل عنق الرحم بشجرة الحياة (٨رسم نمرة ٥٤) حتى تصل لتجويف الرحم وهناك تلتقى ببويضة المرأة .

أسباب مرض السيلان (ايتيولوجي)

كانوا يظنون أن السيلان ينتج عن أسباب عديدة حتى اكتشف « نيسر » ميكروب السيلان (جونوكوك) فعرف العلم أن السيلان يكون دائمًا ابداً نتيجة العدوى بهذا الميكروب . وقبل ان نتكلم عن طرق العدوى نذكر شيئًا من أوصاف هذا الميكروب : -



(رسم نمرة ٥٥)
ترى ميكروبات السيلان داخل الخلايا (اينتراسيليولار)

ميكروب السيلان [1] (جونوكوك)

ميكروب صغيرجداً لايرى إلا تحت عدسة الميكروسكوب و باستعمال نقطة من زيت الفحص . وتجهز عينة الفحص بأن تفرش المادة المراد فحصها كطبقة رقيقة فوق

(١) يستعمل اسم « سيلان » لالتهاب مجرى البول الناتج عن العدوى بميكروب (جونوكوك) اى ميكروب السيلان . وهذا الاسم يقوم فى لغتنا مقام اسم (جونوريا) فى اللغات الاجنبية، ولكن توجد التهابات اخرى تصيب مجرى البول وينتج عنها نزول افرازات مختلفة الاشكال من القضيب أو المهبل ولا نعطيها اسم « سيلان » بل نعطيها اسم التهاب مجرى البول الناتج عن كذا وكذا من الاسباب الاخرى غير العدوى بميكروب السيلان وهذه الالتهابات هي التى تسمى فى اللغات الاجنبية (بوريثريتيس).

قطعة الزجاج وبعد صبغها بأى طريقة من طرق الصباغة تفحص بالميكرسكوب فترى ميكروبات السيلان (راجع رسم نمرة ٥٥ ورسم ٥٦) فى مجموعات متقاربة وكل اثنين بجوار بعضهما . وشكل هذه الميكروبات كشكل حبة البن في تجويفها . واذا أخذت عينة من الافراز نصف المائى أو الزلالي اللون الذى يظهر أولا في السيلان فترى الميكروبات تحت الميكرسكوب خارج الخلايا الأخـرى الموجودة بالعينة أى (ايكسترا سليولار).واذا فحصت عينة من الافراز الصديدى الذى يظهر بعدئذ فترى ميكروبات السيلان داخل الخلايا (اينترا سيليولار) وترى هـذه الميكروبات عادة داخل خلايا صديدية (پص سيلز) رسم ٥٥ أو داخل خـلايا مخاطية (ايبيثيليان سيلز) فى وقت شدة الالتهابات . ولكنها ترى خارج الخلايا عند أول ظهور المرض وفى أدواره الأخيرة أحيانًا (رسم نمرة ٥٦)

طرق الصباغة[1] توجد طرق عديدة لصباغة هذ الميكروب نذكر هنا أسهلها عمليًا

(١) طريقة الصبغ بالانيلين — تجهز العينة وتثبت وتوضـع فى سائل الانيلين الازرق وتنشف بورق الترشيح العادى وتفحص فترى ميكروبات السيلان مزدوجة في وضعها زرقاء قاتمة في لونها

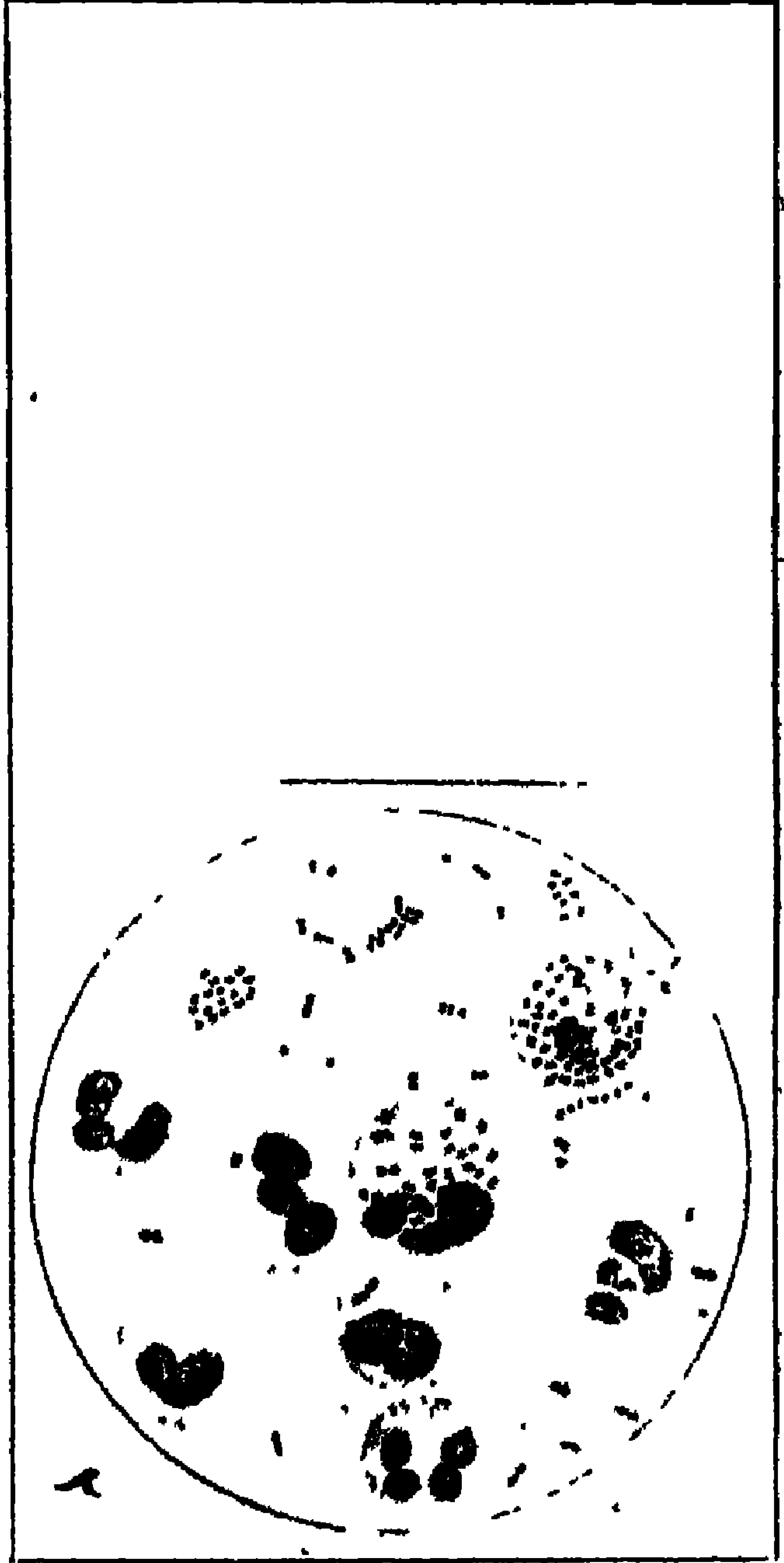
ولـكن توجد ميكروبات عديدة غير هذا الميكروب وتشبهه في شكلها ويكون لونها أزرقًا اذا اصبغت بالانيلين ولذا لا يمكن الاتكال على هذه الطريقة إلا كطريقة سريعة تستعمل فى العيادات الخارجية بالمستشفيات التى لاتعتنى كثيراً بمرضاها .

(٢) طريقة جرام — هذه هى أحسن طريقة لصبغ ميكروب السيلان وننصح القارىء بمراجعتها جيداً لأنها الطريقة التى تستعمل عادة فى تشخيص أكثر الحالات، وعند فحص عينة مصبوغة بطريقـة جرام ترى ميكروبات السيلان حمراء فى لونهـا وما عداها من ميكروبات (ديپلوكوك) يرى فى نفس الميدان بلون ازرق قاتم ، وعلى ذلك اذا وجد مريض عنده اعراض السيلان من التهاب بمجرى البول وافراز

---

(١) لدراسة تفصيلية عملية لمميزات الجونوكوك المورفولوجية والبكتيريولوجية من طرق صباغة الى طرق زرع الى فحص الدم ننصح بمراجعة الـكتاب المختصر الآتى : —
Calmette, Negre, et Boquet: Manuel Technique de Microbiologie et Sérologie. Paris 1925.

منه وفحصت عينة من افرازه بهذه الطريقة ورؤيت ميكروبات مزدوجة فى وضعها حمراء في لونها فيمكننا أن نشخص - بأقل ما يمكن من الشك - أنها حالة سيلان .[1]



(رسم نمرة ٥٦)

(١) ترى ميكروبات السيلان خارج الخلايا (ايكستراسيلولار)

(٢) ترى ميكروبات السيلان داخل وخارج الخلايا

(ليلاحظ القارىء أن العينات لا ترى سوداء كما هى فى الرسم بل ترى بألوان مختلفة منعنا من رسمها هنا عدم تمكننا من تجهيز رسوم ملونة)

(١) وليلاحظ القارىء انه اذا اراد اخذ العينة التى يفحصها من بول المريض فيجب أن يكون البول حديث العهد لان العينات التى تجهز من بول ترك عدة ساعات تعطى نتائج خطأ وتسوق احياناً لتشخيص غير صحيح . اذ لوحظ ان ميكروبات (ديبلوكوك) الاخرى التى تكون موجودة فى البول الذى يترك عدة ساعات تتخذ أحيانا كثيرة اللون الاحمر (بطريقة جرام) لانها تضمحل قليلا فلا تقدر على الاحتفاظ باللون الازرق القاتم وتتأثر باللون الاحمر بسرعة فيظنها بعضهم (جونوكوك) وهى ليست كذلك . ولذا فاننا ننصح البكتيريولوجيين بان يصروا على معرفة مقدار الزمن الذى مر على اخراج البول الذى يقدم لهم للفحص .

وقد حسن علماء كثيرون فى طريقة جرام بادخال صبغات أحسن أو أثبت لوناً. وأهم من حسنوها هم (لوجول) و (كسابايفسكى) و (ينسن) ، واظن ان طريقتى (ماى — جرينفالد) و (بابنهم) من أحسن الطرق لتشخيص ميكروب السيلان ميكروسكوبياً . واستعمل شخصياً فى اكثر الحالات الدقيقة طريقة جرام فى صباغة اول عينة واصبغ العينة الثانية بطريقة (اونا — بابنهيم) لأننى وجدتها دقيقة فى نتائجها سريعة فى عملها جميلة فى صورة العينة التى تظهرها تحت الميكروسكوب . وطريقة عملها هى تجهيز العنيه وتثبيتها على حرارة النار أو فى تيار الهواء ، وتصبغ فى محلول (اونا — بابنهيم)[1] لمدة تتراوح بين ٥ و ١٠ دقائق وافحص العينة فترى نواة (نيوكليص) الخلايا الصديدية بلون أزرق خفيف ، ونواة الخلايا المخاطية بلون أزرق جداً ،(و پرتو بلازما) الخلايا بلون أحمر وردى، وميكروبات السيلان بلون احمر قاتم وظاهرة كالشمس . واذا أريد تجهيز عينات من أغشية الجسم لفحصها للتأكد من وجود ميكروب السيلان بها فننصح بأتباع طريقة (تسيلر) ويجدها الطالب مفصلة فى مؤلفات البكتيريولوجيا .

طرق العدوى : مما تقدم فهم القارىء ان سبب المرض هو ميكروب (جونوكوك) ، ومن مميزات هذا الميكروب انه لا يصيب الا السطوح المخاطية بالجسم فاذا لقحت هذه السطوح بالميكروب فأنها تصاب بالمرض ، واكثر هذه السطوح تعرضاً للعدوى هى السطوح المخاطية للاعضاء التناسلية وهذا هو السبب فى وضع هذا المرض فى قائمة الامراض التناسلية لانها هى الامراض التى وان أصابت أجزاءاً أخرى كثيرة من الجسم الا أنها يكثر ظهورها على الاعضاء التناسلية . ولا تتعرض هذه الاعضاء لمرض السيلان بكثرة الا عند الجماع إذ يصاب الرجل بالسيلان اذا جامع امرأة عندها السيلان وتصاب المرأة به أيضاً اذا جامعت مصاباً بالسيلان . وتكون الاصابة محققة الحصول فى اكثرية الحالات اذا كان المرض عند أحدهما حاداً أى اذا كان الالتهاب

---

(١) يباع هذا المحلول عند فابريقات الاصباغ بألمانيا جهزاً بهذا الاسم ويركبونه هكذا (پيرونين ٢٥ سنتى جرام . ميتيلجرين ١٥ سنتى جرام . كحول ٢٫٥٠ جرام . (كاربولفاسير) أى ماء فينيك نقى قوة ٥ فى المائة يضاف بمقدار ٩٧٫٥٠ جرام).

السيلانى حديثاً ومصحوباً بأفرازات سيلانية ، وأما اذا كان المرض عند أحدهما مزمناً فيتعرض الطرف الآخر لأخـذ المرض بنسبة أقل . وكلما طالت مدة الجماع وزادت حركاته وتعددت عمليته بين سليم ومصاب تعرض السليم بكثرة للتلقح بالمرض . ولا تحتاج عملية التلقيح بالمرض الا لنزول أى مادة بها الميكروب على السطح المخاطى للقضيب أو للفرج أو داخل المهبل مثلا . ومجرد وجود الميكروب على السطح المخاطى يمكنه من النمو والانتشار . وبما ان السطح المخاطى لعضو التناسل النسائى متسعاً جداً فهو يتعرض للعدوى اكثر من تعرض السطح المخاطى لعضو التناسل الرجالى الذى لا تصله الميكروبات الا عن طريق فتحة القضيب الامامية وهى فتحة صغيرة جداً اذا قيست بسطح المهبل العريض أو بفتحة المهبل الكبيرة . ولذا فأن النســاء يصبن بالسيلان بسرعة أكثر من الرجال خصوصاً اذا لاحظنا ان الرجل يمكنه ان يستعمل بعض طرق الوقاية وبأمل فى النجاح اكثر من المرأة التى قلما تفيدها طرق الوقاية من الاصابات الاولية بالسيلان . وفى الواقع لاحظنا دائماً ان النساء اللواتى ينتفعن بعمل طرق الوقاية هن النساء العاهرات حينما يطهرن اعضاءهن التناسلية تحاشياً لأصابات جديدة تصيب هذه الأعضاء الملوثة عادة بالامراض المزمنة .

ويصاب الرجل أيضاً بالسيلان بمجرد لمسه فرج امرأة عليه افراز سيلانى بطرف القضيب. أى ان تتميم عملية الجماع غير لازم لايجاد العدوى . ويصاب الرجال المصابون بداء اللواط بالسيلان أيضاً اذا كان من يجامعونهم من الذكور مصابين بالسيلان .

وأما طرق العدوى الاخرى ، أى التى تنتج عن أشياء غير الجماع فتتسبب عند الرجال من اتباع عادة مسح القضيب فى الحائط عند التبويل أو استعمال ملابس شخص آخر مصاب بالسيلان . وتوجد طريقة للعدوى نادرة الحصول ولكننى فهمت أخيراً من بعض مرضاى انها انتشرت فى القاهرة الآن لوجود بعض الممثلات والعاهرات اللواتى يتبعن استعمال ما يسمونه (بالعادات الافرنسية) ، فيزور الواحدة منهن عدد من الرجال ، وتمتص أولا بفمها قضيب رجل مصاب ، ويزورها آخر فتمتص قضيبه فتنتقل العدوى التى بفمها فقط الى فتحة القضيب فيصاب الرجل بالسيلان من فم تلك

العاهر التي يتطهر فمها من ميكروبات السيلان بمجرد شربها بضعة كاسات من الخمر القوى كالويسكى أو الكونياك .

وأما الاطفال فتصاب أعضاؤهم التناسلية بالسيلان من استعمال ملابس ملوثة بالميكروبات وكثيراً ما يحصل ذلك للبنات الصغيرات عند ما تنظفهن أمهاتهن بخرق ملوثة من أعضاء هذه الامهات المريضات . ويصاب الاطفال بالعدوى بالطرق التى ذكرناها فى (صحيفة ١٧١) التى يتبعها بعض الخدم . وقد زارتنى سيدة ومعها ولد صغير مريض بالسيلان وبعد البحث فهمت ان (الكريرة) كانت تجد لذة كبرى عند ما تأخذ هذا الولد الصغير فى فراشها وتلعب بطرف قضيبه عند فرجها وقد كانت مصابة بالسيلان فانتقل المرض لهذا الولد المسكين.وأما أجزاء الجسم الاخرى التى تصاب بالسيلان فهى فتحة الشرج عند الاولاد ساقطى الاخلاق ، أو عند النساء من نزول الافرازات السيلانية من المهبل بكثرة فتصل لفتحة الشرج فتصاب بالمرض ،ويصبن أيضاً من اتباع طرق الجماع غير الطبيعية . ويصاب الفم بالعدوى باتباع (العادات الفرنسية) . وتصاب العيون بالسيلان فتنتج أشد حالات الرمد الصديدى وهـذا ما يستدعى تنظيف الايدى جيداً بعد لمس أى عضو عليه افرازات سيلانية . ويصاب الاطفال عند الولادة أحيانًا بالرمد الصديدى لمرورهم فى أعضاء أم مصابة بالسيلان وهذا ما يستدعى تنظيف عيون كل طفل يولد ومسها بقطرة قوية مطهرة كقطرة نترات الفضة (٢ فى المائة) مثلا . واذا وصلت عدوى للانف أو الاذن فتصاب هذه الاعضاء أيضاً وتكون الاصابة عادة شديدة وخطرة إذ قد تنتهى بعمليات جراحية خطرة .

ولا صحة البتة لما يدعيه بعضهم من أن اصابته نتجت عن (برد) أو (رطوبة) إذ يستحيل حصول ذلك ،ولا بد من وصول الميكروب للجزء المصاب حتى يظهر عليه المرض . وقصارى القول أن مجرد تلقيح أى سطح مخاطى بميكروب السيلان ينتج العدوى ، ولا يحتاج هذا التلقيح لزمن طويل أو لاحتكاك مستمر . ويسرنا ان نذكر هنا انه قلما تحدث أصابة بالسيلان فى عصرنا هذا من الآلات الطبية لما يتبعه الاطباء من تعقيم تام لآلاتهم التى يستعملونها فى فحص ومعالجة المرضى . ولكن هذا لا يمنعنا من ان نعيد الكرة ونذكر حضرات من يفحصون العاهرات بأن يطهروا الآلة التى

يسمونها (المنظار) جيداً ولا يمكنهم ذلك مع السرعة الهائلة التى يفحصون بها عدداً يقرب من مائة وخمسين الى ٢٠٠ عاهر فى ساعتين فقط الا اذا استعملوا عدداً كافياً من هذه الآلة ليمكن تطهير كل آلة بعد كل فحص على التوالى .

ويمكننا ان نقول ان اكثرية طرق العدوى الممكنة للسطوح المخاطية فى مرض الزهرى بواسطة الجماع تكون ممكنة الحصول فى مرض السيلان .

ادوار السيلان

(١) دور الحضانة

(٢) السيلان الحاد

(٣) السيلان المزمن

(١) **دور الحضانة** — تمر مدة بعد التلقيح بالميكروب حتى تظهر أول أعراض المرض ، وتسمى هذه المدة دور حضانة السيلان وتتراوح بين يومين و ٥ أيام عادة وقد تظهر فى بعض الاصابات الشديدة والتى يصحبها تهيج كاف للاعضاء بالافراط فى الاستمتاع بلذة الجماع بعد يوم واحد وأحياناً بعد ١٢ ساعة أو أقل . وأحياناً يطول دور الحضانة الى اسبوع أو أسبوعين ، وقد رأيت حالة تحققت من تاريخها استمر فيها دور الحضانة الى ٧٥ يوماً [1]

واعتقد ان دور الحضانة يكون قصيراً أو طويلا طبقاً لعدة عوامل أهمها كمية الميكروبات التى يتلقح بها الشخص وما يصحب هذه الميكروبات من الافرازات كصديد قليل أو كثير أو كصديد ودم من النساء فى دور (الحيض) مثلا . وكلما كثرت الميكروبات وما يصحبها من المواد المغذية لها كالصديد أو الدم كلما قصر

---

(١) وطبقا لاحصائيات مختلفة قرر الآتى اسماؤهم مددا مختلفة فمثلا فينجر لاحظ في ثلاثة ارباع حالاته ان دور الحضانة يتراوح بين ٣ و ٧ أيام ، وقد يمتد دور الحضانة لمدد مختلفة . نوتهاف لاحظ امتداده الى ١٢ يوماً . وشورب ١٤ يوماً . وماكس جوزيف ١٥ يوماً . وبيرنيه ٢٠ يوما . ودراير ٢١ يوما الى خمسة أسابيع .

دور الحضانة بما يستعمله الشخص من المطهرات عقب التعرض للعدوى . إذ لوحظ ان بعضهم يلجأ لبعض طرق الوقاية غير الجدية فيستعمل مطهراً لايقتل كل الميكروبات فتطول مدة الحضانة ولا تظهر أول أعراض المرض الا بعد ١٠ أو ١٥ يوماً . ولا يغيب عن ذهن القارئ ان دور الحضانة يتأثر أيضاً من نوع الميكروبات إذ لا بد ان يكون بعض هذه الميكروبات قوياً فتاكا بسرعة و بعضها ضعيفاً بطيئاً .

السيلان الحاد

السيلان بمجرى البول الامامى (جونوريال انتيريور يوريثريتيس) : هو التهاب مجرى البول من الفتحة الامامية للقضيب الى العضلة القابضة (كومپريسور يوريثرى) .

فبعد مرور مدة الحضانة تبتدئ أعراض السيلان تظهر ، فيشعر المريض كأن شيئاً (يشك زى الابر) يضايقه داخل طرف القضيب الامامى ، وبعد ذلك يشعر (بحرقان) و (أكلان) عند التبول ، و يبتدئ يلاحظ افرازاً يظهر على فتحة القضيب لونه مائى مخاطى ، و يشتد الألم عند التبول شيئاً فشيئا و يتغير لون الافراز الى مخاطى أبيض الى مخاطى أصفر الى أصفر صديدى الى أصفر أخضر صديدى ، و يصير سميكا لزجاً و يترك بقعاً لونها أخضر رمادى أو أصفر على ملابس المريض . ومن كثرة الألم يتحاشى المريض التبول فيكثر البول فى المثانة ، و يشعر المريض بثقل فى منطقة المثانة و يضطر للتبول حالا ، ولوحظ ان حالة المرضى النفسية عند أول أصابة بالسيلان تكون حالة مزعجة لأنهم يصابون عادة بهذا المرض فى سن الشباب وكثيراً ما يصابون به بين الخامسة عشر والعشرين من عمرهم فيضطرب الواحد منهم اضطراباً شديداً ولا يدرى كيف تنتهى حالته ، و يصاب بأرق شديد ، وأحياناً ترتفع درجة الحرارة عند المريض الى ٣٩° أو ٣٩,٥° وتضمحل صحته العمومية . أما ما يلاحظ على الاعضاء نفسها

فينحصر فى أن فتحة القضيب الامامية تكون محمرة ومتورمة قليلا ، واذا كانت القلفة موجودة فتكون محمرة قليلا أيضاً ، وأحياناً يصاب سطح القلفة الداخلى ونفس حشفة القضيب بالتهاب (بالانيتيس) من التهيج المستمر بالافرازات السيلانية ، واذا أرجع الطبيب القلفة قليلا وكشف حشفة القضيب فيرى افرازاً أصفراً يختلف قليلا فى لونه عن لون (المدّه) التى تخرج من القضيب . وأحياناً تتورم الأوعية الليمفاوية التى على ظهر القضيب قليلا ويشعر بها الطبيب عند الفحص كخيوط (الدوبارة) ممتدة على طول القضيب . وأحياناً تلتهب أجزاء من هذه الاوعية فى نقط متقاربة التهاباً اكثر من الالتهاب الموجود على طول الاوعية فتتكون بذلك اكياس صغيرة مملوءة بالصديد يعطونها اسم (بيوبونولى) ، وتلتهب الغدد الليمفاوية على جانبى القضيب فى حذاء رباط پوپارت وتتورم وتكون مؤلمة قليلا بعكس حالتها فى تورمها من الزهرى . وأحياناً يزيد الالتهاب فى بعضها فتتورم جداً ويعطون هذا الورم اسم (جونوريال بيوبو) ، وكلما تقدم الالتهاب تكون صديد داخل هذا الورم وصار مؤلماً جداً ، ويكون لون الجلد فوق سطحه أحمراً ملتهباً ، وقد لوحظ ان وجود ميكروب السيلان فى الصديد الموجود فى هذه الاورام قليل . وأحياناً يتورم جلد الصفن أى الكيس (سكروتم) ويكون أحمراً قليلا مع عدم وجود التهاب بالخصيتين . ويعتقد (بوشكه) ان هذا ينتج من تأثير السيلان نفسه .

وأحياناً يزداد الالتهاب من كثرة الانتعاظ (الانتصاب) الذى يحدث عند بعض الاشخاص فيتسبب عنه احتقان شديد فى القضيب كله وخصوصاً سطح مجرى البول المخاطى ، وهذا الاحتقان يساعد على استمرار الالتهاب وشدته . وتصل شدة الالتهاب أحياناً لدرجة يحصل فيها نزيف دموى من سطح مجرى البول . ولوحظ ظهور القضيب بشكل مقوس قليلا من بعض التغيرات الالتهابية فى مرونة حائط مجرى البول ، ويظهر هذا التقوس بوضوح عند الانتصاب ويعطون حالة مجرى البول حينئذ اسم كوردا ڤينيريا .

ويستمر المرض فى تقدمه اللهم الا اذا ابتدىء العلاج فتتحسن الحلة طبعاً طبقاً لنوع العلاج ويوم ابتداء العلاج واتباع المريض لكل التعليمات اللازمة لتتميم الشفاء . وفى اعتقادى ان الواجب على كل من يصاب بالسيلان الاسراع فى استشارة الطبيب

بقدر ما تسمح ظروفه لأن التأخر فى علاج السيلان لا يأتى الا بتعريض المريض لانتشار الداء داخل مجرى البول وربما عرضه لانتشار المرض لمجرى البول الخلفى وفى هذه الحالة تطول مدة علاجه . وليتذكر المرضى انهم كلما يتأخرون يوماً واحداً فى ابتداء العلاج فهم يزيدون المدة اللازمة لشفائهم اسبوعاً كاملا مع أن من يبتدئون العلاج أول أو ثانى يوم لظهور الاعراض الاولية يتم شفاؤهم فى مدة تتراوح بين ٤ أو خمسة أسابيع . نعم يحصل أحياناً ان يتم شفاء مريض فى ١٥ أيام فقط ولكن هذا قليل .

السيلان بمجرى البول الخلفى (جونوريال پوستيريوريورېثريتيس) هو التهاب مجرى البول من أول العضلة القابضة الى فتحة هذا المجرى فى المثانة ويشمل جزء مجرى البول داخل الغشاء (ديافرام) وجزء مجرى البول داخل البروستاتا (٥و٦ فى رسم نمرة ٥٠) . لما يتقدم المرض فى مجرى البول الامامى ويهمل المريض العلاج أو لا يعالج نفسه تصل العدوى بالامتداد على سطح مجرى البول أو بالامتداد فى الاوعية الليمفاوية الى مجرى البول الخلفى . أما ما يساعد على انتشار المرض بهذا الشكل فهو ضعف الجسم العام أو شدة الاصابة أو تعدد الاصابة بسيلانين أو ثلاثة حادة متوالية أو استعمال المرضى كثيراً من الخمور أو افراط المرضى التناسلى كأن يجامع مريض بالسيلان الحاد مرات متوالية فى ليلة واحدة . وهو لم يتم شفاؤه بعد . أ وكأن يهيج مريض نفسه تهييجاً شهوانياً بحضور التمثيل الساقط أو مطالعة الكتب المحرضة على الرذيلة . . . الخ .

وأحياناً يحصل ذلك بدون ذنب للمرض أو المريض بل من العلاج السيء الذى يقوم به بعض الاطباء إذ يدخلون آلاتهم الطويلة كالقساطر وغيرها فى مجرى البول الامامى والخلفى بدون اتخاذ الاحتياطات اللازمة لمنع نقل العدوى من الامامى الى الخلفى . ولما تصل العدوى لأى سبب الى الجزء الخلفى يبتدىء المريض يشعر بثقل أو سخونة فى منطقة المثانة ويشير لذلك بيده عند العانه . ويشعر انه يريد ان يبول كل ١٠ أو ١٥ دقيقة . وكلما يتبول لا ينزل الا مقداراً قليلا من البول . ويختلف هذا الشعور برغبة التبول عما يشعر به المريض بمجرى البول الامامى إذ ان هذا يمنع نفسه

من التبول تحاشياً من (الحرقان) الذى يشعر به كلما تبول فتمتلىء المثانة بالبول الذى يضغط على حوائط المثانة فيضايقه فيبول دفعة واحدة وينزل مقداراً كبيراً من البول فيشعر بارتياح . واما فى التهاب المجرى الخلفى فهو يشعر بتضايق مستمر ويتبول كل ربع ساعة مقداراً صغيراً من البول . ومن كثرة الانقباض الموجود بالسطح المخاطى لمجرى البول الناتج من الاحتقان الشديد يحدث أحياناً ان ينزل المريض نقطة من الدم فى آخر البول . وأحياناً يزيد هذا الانقباض ويصل تأثير الاحتقان والالتهاب للعضلة القابضة أو بحركة انعكاسية تتأثر أعصاب هذه العضلة فتنقبض انقباضاً تاماً فلا يتمكن المريض من اخراج البول الموجود بالمثانة لوجود هذه العضلة فى طريقه فيحصل انحباس فى البول (ريتينشيو يورينى)[1] وتمتلىء المثانة ويتضايق المريض جداً بل ويتألم . ويستمر هذا الانحباس يوماً أو يومين وتصير حالة المريض سيئة جداً وترتفع درجة حرارته وبعد ذلك تكون العضلة القابضة تعبت جداً فترتخى دفعة واحدة فيخرج البول بشدة واندفاع ، وربما يعقب خروج البول بهذه الشدة نزيف داخل المثانة من تخفيض قوة الضغط الداخلى فجأة .وأحياناً يذهب هذا الانحباس تدريجياً إذ يتمكن المريض من انزال البول فى شكل خيط رقيق لما يحصل من ارتخاء قليل فى العضلة القابضة . وأحياناً يذهب هذا الانحباس حالا بعد مرور بضع ساعات .

ويكون التهاب مجرى البول الخلفى مصحوباً بالتهاب البروستاتا فى اكثر الاحوال ولذا يجب فحص البروستاتا جيداً فى كل حالة مجرى بول خلفى .

وأحياناً لا يظهر التهاب مجرى البول الخلفى الا وتكون مضاعفات ثانوية أخرى كثيرة ظهرت مثل التهاب الخصية أو البربخ . وأحياناً تظهر مضاعفات ثانوية عند ابتداء علاج مجرى البول الخلفى ، ويحصل هذا لما يبتدىء الاطباء علاج هذا المجرى بشدة وأهم هـذه الاعراض هو التهاب حاد بالخصية أو بالخصيتين يعقب استعمال الآلات المعدنية بدون عناية أو بجهل طرق استعمالها .

---

(١) لاحظ فينجر واوانزمان وغيرهم ظهور الزلال بمقدار يذكر ببول بعض المرضى الذين يصابون بهذا الانحباس البولى . والزلال المقصود هنا ليس الزلال السيلانى بل الكلوى .

وأحيانًا يزورنا مريض ويشكو من أعراض تشبه أعراض التهاب مجرى البول الخلفى ، وهو فى الحقيقة من المرضى العصبيين الذين يتصورون انهم بائسون ومصابون بهذا الالتهاب لأنهم اصيبوا مرات متوالية بالسيلان وعولجوا جيداً ولكنهم يرغبون فى اعتقاد انهم عندهم سيلان شديد فنشخص حالتهم كسيلان فى مجرى البول الامامى فقط ومصحوب بأعراض (نوراستينيا السيلان) . وللتمييز بين الحالتين نذكر القارىء انهم يذكرون التبول كل ربع ساعة . ولكن اذا سألتهم هل يحصل ذلك فى الليل أيضاً وهل يقومون من الفراش للتبول فيقولون « لا » ، وهذا يثبت انهم لحالتهم العصبية المضطربة يتبولون مرات متوالية فى النهار ، وأما ليلا فهم لا يتبولون لعدم وجود حالة مرضية توقظهم من نومهم ، وبما انهم نيام فلا تأثير لاعتقاداتهم الوهمية عليهم .

وأحيانًا يوجد التهاب مجرى البول الخلفى ولا يلاحظه المريض كلية بل نكتشفه بعياداتنا صدفة .

تشخيص السيلاد الحاد — يسأل المريض عن آخر جماع أتاه فيذكر عادة زمنًا قصيراً كيومين أو ٣ أو ٦ أيام ، ويذكر ظهور الافراز الصديدى من يومين ، ويذكر باقى الأعراض التى ذكرناها ، ولكن أحيانًا ينكر بعض المرضى الجهلة خصوصاً السيدات أو الآنسات اذا اصبن بالسيلان انهن جامعن أى شخص ويجتهدن فى افهامنا — كما لو كن يكلمن أزواجهن أو أقاربهن — ان هذا المرض أتاهن من البرد أو غيره ، وفى هذه الحالة يمكن الطبيب الاكتفاء بنتيجة الفحص الذى قام به شخصياً. وأما فى الحالات المهمة لموقف عائلى أو قانونى فيمكن الطبيب الاستقصاء الكافى للوصول لسبب العدوى . وبفحص المريض ترى فتحة القضيب محمرة ... الخ وترى افرازات السيلان على القضيب ، واحيانًا لا ترى ، ولكن يلاحظ الطبيب وجود بقع صديدية على (لباس) المريض .

طريقة الكأسين — يطلب من المريض أن يتبول فى كأسين نظيفين (١)

(١) طريقة تومبسون: وتعمل هذه الطريقة عادة لتشخيص الحالات الغير الدقيقة أوالتى يظهر تاريخها انها حالة حديثة ولكننا ننصح بعدم الاكتفاء بها فى تشخيص حالات السيلان المزمنة.

ويتبول المريض عادة مقدار ٥٠ الى ١٠٠ جرام بول فى أول كأس والباقي فى ثانى كاس . فاذا ظهر البول غير رائق فى اول كاس ورائق تماماً فى ثانى كاس فتكون الحالة التهاب مجرى البول الامامى فقط . واذا كان الكاس الثانى غير رائق فتكون فى اكثرية الحالات حالة التهاب مجرى البول الخانى[1] . وليلاحظ القارىء انه اذا أراد اتباع هذه الطريقة فيجب أن يكون المريض مستعداً أى انه لا يتبول قبل زيارة الطبيب بمقدار ٣ أو ٤ ساعات .

(**طريقة الثلاث كاسات**) : توجد طريقتان لفحص البول بالثلاث كاسات .

(١) يتبول المريض فى ثلاث كاسات . فاذا كان الاول فقط غير رائق فتكون الحالة التهاب مجرى البول الامامي . واذا كان الاول والثانى غير رائقين فتكون الحالة التهاب مجرى البول الامامى وقد تكون حالة التهاب بالمجرى الخلفى أيضاً . واذا كانت الثلاث كاسات غير رائقة فتكون حالة التهاب مجرى البول الامامى والخلفى والتهاب بالمثانة أيضاً . وهذه طريقة تقريبية فى التشخيص والحكم فيها هو الفحص البكتيريولوجي ، وهذا المبدأ ينطبق على جميع طرق الفحص بالمنظر طبعا .

(٢) هذه هى طريقة أدق من السابقة وتعمل لمعرفة ما اذا كانت البروستاتا ملتهبة أيضاً أم لا . وطبعاً تعمل اذا وجدت البروستاتا فى حجم طبيعى وبتدليكها لم يشعر المريض بألم قط . لأن بعض حالات التهاب البروستاتا لا يظهر فيها ورم أو ألم بهذا العضو ولذا نلجأ لهذه الطريقة لتشخيصها : يتبول المريض مقدار ٥٠ أو ٦٠ جراما من البول فى كاس ثم يتبول مقدار ٣٠ الى ٦٠ جرام من البول الباقى فى كاس ثانى

---

(١) هذا هو رأى فينجر وبوزنر وشولتز الذين يعتقدون ان الصديد الذى يكون بمجرى البول الخانى يدخل بواسطة حركات العضلات فى المثانة . ولذا فهم يقولون اذا كان الكأس الثانى به بول معكر فيكون علامة على وجود التهاب بمجرى البول الخانى ، وطبعا اذا كانت المثانة ملتهبة أيضاً فيكون البول بالكاس الثاني معكراً ايضاً ولكنه يكون معكراً جداً نسبياً . واما (ماتزيناور) و (بوشكه) فيعتقدان ان الصديد الموجود بمجرى البول الخلفى لا يرجع للوراء ولا يدخل المثانة بل يتقدم للامام ويدخل مجرى البول الامامى ، ولذا فانهم يقولون ان الكأس الثانى اذا كان معكراً فهذا يكون دليلا على ان المثانة أيضا ملتهبة ولكن توجد حالات يكون فيها الكاس الثاني رائقا ويكون بها التهاب بمجرى البول الخلفى وهذا هو اعتقاد المؤلف أيضاً .

و يترك باقى البول بالمثانة . و يعمل الطبيب تدليكا للبروستاتا باصبعه الذى يدخله من فتحة الشرج أو بواسطة مجس البروستاتا ، فيلاحظ افرازات البروستاتا نازلة من فتحة القضيب الامامية كنقط نصف لبنية فى لونها . ولكن أحيانًا لا تكون هذه الافرازات كثيرة فلا يرى منها شيئًا خارجًا بل تكون كلها داخل مجرى البول ، فلما ينتهى التدليك يطلب الطبيب من المريض أن يبول مقدار البول الباقى بالمثانة فى الكاس الثالث ، وهذا البول يحوى طبعًا افرازات البروستاتا التى تكون خرجت فى مجرى البول أو ذهب قليل منها للمثانة. و يكون لون البول معكراً، فيرسب و يؤخذ الراسب و يفحص.

وفى بعض الحالات تكون المثانة ملتهبة و يراد فحص البول بطريقة (٣ كاسات) لمعرفة حالة البروستاتا جيداً . ولذا اتبع الطريقة الآتية : اطلب من المريض أن يبول كل البول فى كاسين فقط ، واغسل مجرى البول والمثانة بمحلول بوريك (٢٠ جرام فى ١٠٠٠ ماء) معقم مرات متوالية حتى يخرج المحلول المستعمل فى الغسيل رائقًا جداً فتكون المثانة ومجرى البول نظيفين طبعًا ، و بعدها أحقن مقدار ٦٠ الى ١٠٠ جرام محلول البوريك داخل المثانة واعمل التدليك للبروستاتا واطلب من المريض أن يبول فيخرج محلول البوريك و به افرازات البروستاتا فأرسبها وافحص الراسب . و يستعمل بعضهم طريقة (٤ كاسات) ولكنها لا تقدم ولا تؤخر من الوجهة الاكلينيكية المحضة .

هذه هى أهم طرق الفحص بواسطة الكاسات، وطبعًا غنى عن البيان أن نذكر انه ولو ان هذه الطرق طرق تقريبية الا ان الاخصائيين يمكنهم بالاختبار أن يحكموا منها على حالة تقدم المرض حكمًا يقرب من الصواب فى دقته خصوصًا اذا لاحظوا ان البول يكون معكراً أيضًا فى حالات غير حالات السيلان . فمثلا لما تكون الاملاح كثيرة عند بعض المرضى يظهر البول معكراً . ولكن لوحظ أن مثل هذه الحالات يظهر فيها البول معكراً فى أوقات ورائقًا جداً فى أوقات أخرى . فمثلا يتعكر جداً بعد أكل بعض انواع الخضر أو السمك ويكون رائقًا بعد ا كل أشياء أخرى . ويكون معكراً فى الصباح وفى العصر ويكون رائقًا قبل الظهر وليلا . . . . وهكذا . وعلى العموم يمكن كل طبيب معرفة ذلك اذا فكر قليلا فى احتمال وجود أملاح . وقصارى القول كما اننا لا نحكم على مريض أنه مريض بالسيلان لمجرد رؤيا افراز صديدى من

القضيب الا اذا فحصنا هذا الصديد ووجدنا به ميكروبات السيلان فكذلك لا نحكم من شكل الكاسات الا اذا فحصنا رواسب هذه الكاسات فوجدنا الميكروب ايضاً. وايتذكر القارىء اننا أحياناً لا نعثر على الميكروب عند بعض المرضى ولو ان حالتهم سيلان محقق،ولذا فاننا نصر على هذا المبدأ وهو « اذا كانت الاعراض الاكلينيكية تثبت لنا ان الحالة سيلان ، ولا نجد الميكروب ، فنعيد التحليل مراراً حتى نعثر صدفة على ميكروب السيلان ، واذا لم نعثرعليه فنعالج الحالة كأنها سيلان ونعطى التشخيص كحالة التهـاب بسيط بمجرى البول » . ولوحظ[1] عدم ظهور الميكروب فى بعض الحالات فى أدوار المرض الأوليـة . ويرى بعض العلماء اننا اذا لم نجد ميكروب السيلان فى تحاليل متوالية فيمكننا أن نعتقد عدم وجود مرض السيلان . ولـكننى أصر على المبدأ السابق لأننى رأيت فى حالات كثيرة صورة ميكروسكوبية لافرازات المرضى متشابهة فى الخلايا الملتهبة وفى بعضها وجدت ميكروب السيلان ولم أجده فى البعض الآخر وبعد مرور وقت قصير أو طويل وجدت الميكروب عند من ظهرت افرازاتهم خالية منه أولا .

ويحصل التهاب فى مجرى البول من أشياء كثيرة غير السيلان أهمهـا العدوى بميكروبات بسيطة موجودة بالمهبل عند النساء . ويختلف هذا الالتهاب عن السيلان وتكون مدة الحضانة به تتراوح بين ٦ و ١٥ يوما تمر بعد أخذ العدوى بالجماع. وتظهر الاعراض بالتهـاب أخف فى وطأته من السيلان . ولو انه يحدث أحياناً أن تكون صورة الالتهاب البسيط أقوى من الالتهاب السيلانى . ولـكن لوحظ ان هذا الالتهاب يشفى بسرعة وبأبسط علاج . وفى اعتقادى ان طبقة الاطباء الذين يدعون معالجة السيلان فى ٣ الى ٧ أيام فقط يقصدون بأدعائهم هذا حالات التهاب مجرى البول البسيط (سيمپيل يوريثريتيس) وربمـا ظنوا من شفاء بعض المرضى بعياداتهم ان علاجهم يشفى السيلان (جونوريا) مع ان كل غلطتهم هى ما يقعون فيه من الخطأ فى التشخيص . ولو أنهم فحصوا افرازات مرضاهم لما وجدوا ميكروب السيلان فى عينة واحدة من الحالات التى تشفى طبقاً لعلاجهم فى اسبوع واحد .

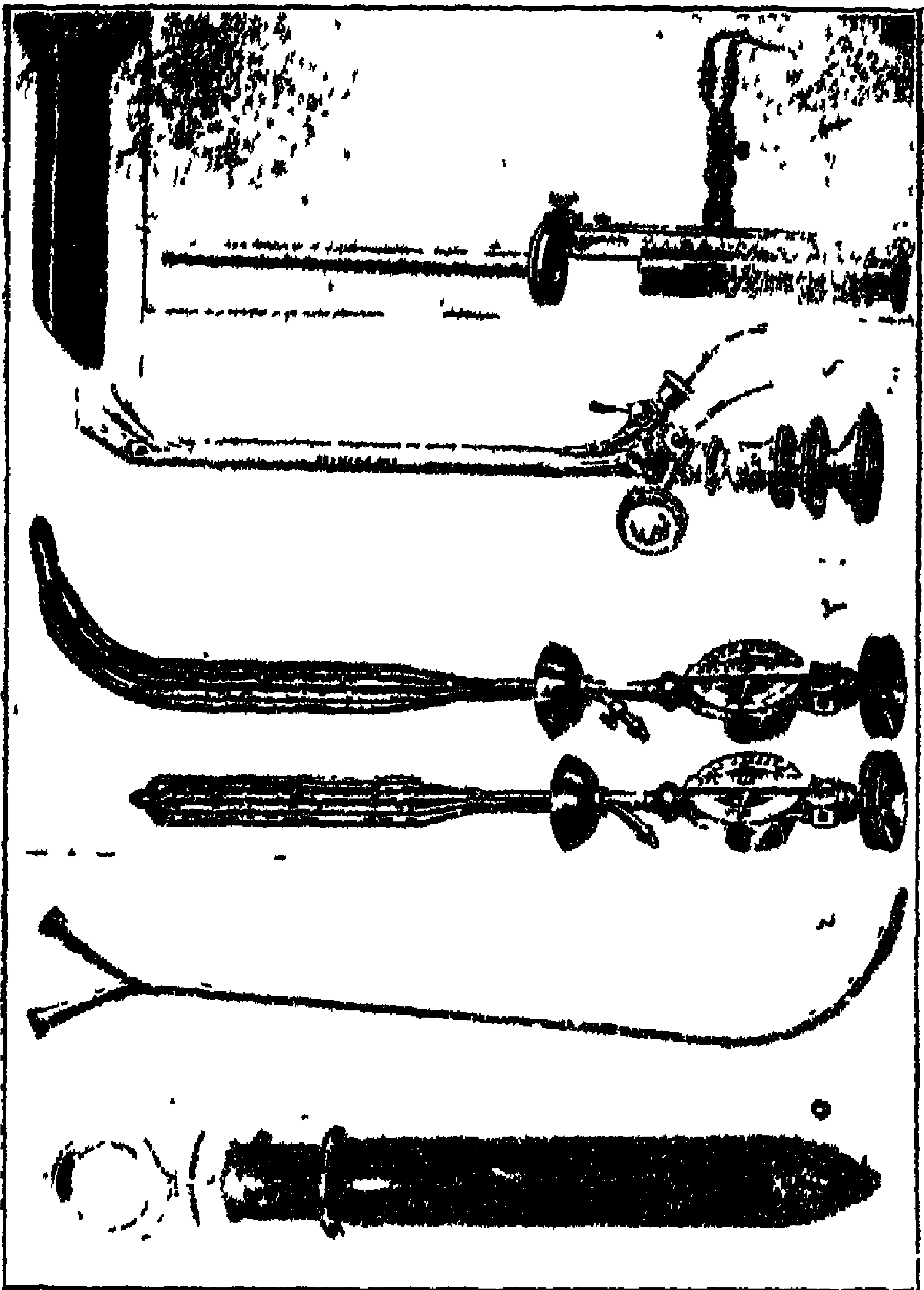
---

(١) نايسر ، وبرونز ، وفينجر ، وغيرهم .

ويحدث أحياناً التهاب فى مجرى البول من استعمال أدوية فى شكل محاليل لغسيل مجرى البول تكون قوية ومهيجة لأنسجة هذا المجرى الدقيقة . وقد كثر هذا النوع من الالتهاب الكيماوى بعد انتشار نظرية **اتباع طرق الوقاية** بعد **كل جماع** بسيدة يحتمل أن تكون مريضة، إذ يستعمل المرضى محاليلا مركبة بنسبة قوية ليضمنوا بذلك قتل الميكروبات . ولا يمكنى أن أنسى حالة شاب عالجته من التهاب شديد حديث بمجرى البول ومصحوب بالتهاب الخصيتين الذى ألزمه الفراش ١٥ يوماً وكان فى حالة من الألم والعذاب لا تطاق نتيجة نصيحة « صيدلى » (وأظنه مساعد صيدلى ولوجوده بالاجزخانة عند دخول الشاب للصيدلية ظنه صيدلياً) اعطاه محلول برمنجنات البوتاسا بنسبة (٥ فى المائة) ليحقن به نفسه عقب الجماع وقاية من السيلان ، وفى الواقع قد وقاه هذا المحلول من السيلان صدفة ولكنه سبب له التهاباً كيماوياً فظيعاً على طول مجرى البول .

ونميز بين هذه الالتهابات المختلفة بمجرى البول وبين السيلان بتاريخ المرض ومدة ظهوره وطريقة تقدمه وصورة الالتهاب وشدته، وأخيراً بفحص عينة من افرازات المرضى لا نجد ميكروب السيلان فى كل هذه الالتهابات الأخرى . واحياناً يزورنا مريض عنده التهاب قليل أـــ (حرقان خفيف) بمجرى البول ومصحوب بافراز قليل، وبفحص الافراز لا نجد ميكروب السيلان فنظن أولا أن الحالة التهاب بسيط بمجرى البول ، وبعد معالجة المريض زمناً قليلا أى ٣ أو أربعة أيام لا نجد تحسناً فنضطر لفحص مجرى البول بآلة فحص مجرى البول (يوريثروسكوب) الكهربائية فنجد طفحاً من نوع (التقرحات) داخل المجرى . وننصح بهذه المناسبة بعدم استخدام هذه الآلة اكثر من مرة واحدة فى حالات السيلان الحاد لأن ادخالها بالقضيب يهيج المجرى وربما دفعت امامها بعض الافرازات لداخل القضيب فتتسبب فى امتداد العدوى ميكانيكياً . وعلى العموم يجب تطهير مجرى البول جيداً قبل ادخال هذه الآلة بمحلول مطهر ساخن . وأما فى السيلان المزمن فاستخدم هذه الآلة عند اللزوم كما تريد .

وأحياناً يوجد افراز من مجرى البول ولكنه افراز مصلى أو مصلى دموى وهذا يكون ناتجاً عادة من وجود قرحة زهرية بالمجرى ، ولا توجد مشقة فى تشخيص هذه



(رسم نمرة ٥٧) (١) آلة فحص مجرى البول أو منظار مجرى البول (يوريثروسكوب) (٢) آلة فحص المثانة (سيستوسكوب) (٣) موسع مجرى البول للعلامه كولمان (كولمانز ديليتور). واحد مستقيم وواحد مقوس (٤) قسطرة بفتحتين لادخال واخراج المحاليل بالمثانة (٥) حقنة زجاج بطرف مخروطي الشكل لعمل حقن الغسيل للسيلان (٦) منظار المهبل (فاجينوسكوب) من النوع الاسطواني الشكل ويجهز من الزجاج أو الابنوس أو المعدن.

الحالات اذا تذكر الطبيب جيداً ماقلناه في باب الزهري عن هذا الموضوع . ولحسن الحظ ان اكثر القرح الزهرية التى تصيب مجرى البول تكون على فتحة القضيب أو بالقرب من فتحة القضيب . وأحياناً توجد قرحة رخوة يتسبب عن وجودها ظهور افراز صديدى ولكن اذا فحصت فتحة القضيب الاماميـة فلا ترى ملتهبة ومحمرة ومنتفخة بل ترى بشكلها العادى وحافتها منطبقة على بعضها ، واذا فحص الافراز فلا توجد به ميكروبات (ستربيتو باسيل) التى تتسبب عنها القرحة الرخوة [1] . وأحياناً توجد حالات بها سيلان وقرحة رخوة أو سيلان وشانكر أو الثلاثة معاً وتشخيص هذه الحالات دقيق ولكن يسهل اذا فحصت الحالة بيد طبيب يمكنه أن يميز بين مميزات هذه الامراض وأعراضها . وأحياناً توجد حالة بها افراز صديدى وورم بالقلفة أو ورم والتهاب بحشفة القضيب وفى مثل هـذا الموقف يجب عمل مكمدات ساخنة حتى يخف الورم و إلا فيجوز عمل عملية شق القلفة أو بتر القلفة - الختان (الطهارة) - حتى يسهل تشخيص الحالة أولا و يسهل العلاج ثانياً .

وقبل وصف العلاج نستحسن أن نذكر القارىء بأن ماسبق وصفه هو الصورة العادية التى يظهر فيها السيلان الحاد ولكن أحياناً يصاب المريض بعد ظهور السيلان بثلاثة أو ٥ ايام بالتهاب الخصية أو الخصية أو البربخ وأحياناً ونادراً يصاب المريض بمضاعفات ثانوية بسرعة مزعجة واذكر هنا حالة غريبة :-

دخل المستشفى شاب فى الثانية أو الثالثة والعشرين من عمـره أصيب بالسيلان قبل دخوله بخمسة أيام وظهرت عنده اعراض التهاب مفصلى (ارثريتيس) بالرند، وبعد ان مكث يومين يعالج بالمستشفى ظهرت عليه أعراض التهاب عضل القلب (ميوكارديتيس)، وبعدئذ ظهرت اعراض التهاب غشاء القلب (بيريكارديتيس) واستمرت المضـاعفات السيلانية تظهر متتابعة فالتهبت مفاصل اخرى، وكانت اقسام المستشفى الاخرى مشتركة فى معالجة هذه المضاعفات حتى شفى منها جميعها وبقى عنده التهاب مفصلى عولج منه بالحمامات الكهربائية وغيرها حتى شفى.

وقبل ترك هذا الباب ، نذكر للقارىء شيئاً عن القرح السيلانية التى قد يستغرب وجودها مع انها وحدة قائمة طبياً قد يجهلها كثير من الأطباء ولها قيمتها الفنية :-

(١) راجع باب القرحة الرخوة

الشانكر السيلانى

(جونوريال شانكر)(١) أو القرحة السيلانية .

ينتج أحيانًا عن الالتهاب السيلانى بعض تقرحات سيلانية قد تمر على الطبيب بدون أن ينتبه لها ، وأحيانًا ينتبه الأطباء لمثل هذه القرح ولكنهم يظنون –لوجودها على الأعضاء التناسلية للذكور والاناث – انها قرح زهرية أو قرح رخوة ، والحقيقة انها قرح سيلانية ناتجة عن تهيج الأغشية المخاطية فى هذه الاعضاء بواسطة الالتهاب السيلانى . وقد لاحظت مثل هذه الحالات من عدة سنوات وكانت هذه الملاحظة سببًا فى استياء كثيرين من الرؤساء فى بعض المستشفيات ، وأصررت على التشخيص الذى اقتنعت به اقتناعًا تامًا ، وسأذكر للقارىء بعدئذ حالتين تقدمان له الدليل القاطع على صحة التشخيص . وقبل ذكر هاتين الحالتين نطلع القارىء على أنواع الشانكر السيلانى :–

أنواع الشانكر السيلانى

للشانكر السيلاني أنواع تختلف فى شكلها طبقًا لطريقة نموها الپاتولوجي وطبقًا لمكان نموها من الجسم ولنوع ميكروب السيلان الذى يتسبب فى نموها وطبقًا لحالة ضعف جسم المريض وقوته :–

(١) الشانكر السيلانى المتأكل

« جونوريال ايروسف شانكر »

هو تقرح على السطح المخاطى لمجرى البول عند الذكور ، و يتخذ فى تقرحه لونًا أحمرًا أو أحم‍ـ أو رماديًا ، ويكون أحيانًا منتظمًا فى تقرحه ، ولكنه فى اكثرية

(١) Le Chancre blennorrhagique.
وهو تعبير عن وجود قرحة سيلانية ، ولفظة « شانكر » هنا لا علاقة لها بالشانكر الزهرى ، وان هى الا عبارة عن قرحة ناتجة عن الالتهاب السيلانى ، ولذلك وضعنا بجوار لفظة الشانكر لفظة القرحة السيلانية . واذا قلنا « شانكر » فقط فمناها فى كتابنا قرحة زهرية .

الحالات يكون غير منتظم فى شكل تقرحه فيمتد لجهات مختلفــة طولاً أو عرضاً ، ولــكنه لا يكون عميقاً فى تقرحه بل يكون سطحياً ، ويظهر فى أكثرية الحالات على حشفة القضيب أو عند فتحة القضيب الأماميــة عند الذكور ، ونادراً لما يظهر داخل مجرى البول . وكثيراً ما تظهر هذه التقرحات السيلانية عند الأشخاص الذين يحملون « القلفة » كما هى بطبيعتها على القضيب[1] ، وخصوصاً فى حالات الالتهـاب السيلانى الحاد المصحوب بافرازات صديدية قوية . وفى حالات الالتهاب السيلانى الحاد الشديدة عند النساء تكثر مثل هذه القرح السيلانية ايضاً كما سنذكره بعدئذ .

(٢) الشانكر السيلانى المنشق

« جونوريال فيشيورال شانكر »

يكثر ظهور هذا الشانكر عند فتحة القضيب الامامية ، وخصوصاً فى أسفل الفتحة ، ولاحظت ظهور هذه القرحة فى آخر الحفرة الزورقية من داخل القضيب فى حالات الالتهاب السيلانى الحاد المصحوب بكثير من الافرازات الصديدية . ويندر جداً ظهور مثــل هذه القرح داخل مجرى البول عند الذكور ، ولو انه يكثر ظهور مثلها عند الأناث كما سيأتى بعدئذ .

(٣) الشانكر السيلانى المتقرح

« جونوريال الصيراتيف شانكر »

هو عبارة عن قرحة سيلانيه متقرحة تشبه فى شكلها الخارجى القرحة الزهرية المتقرحة المذكورة فى صحيفة ٤٦ ولـكنها ناتجة عن الالتهاب السيلانى . وسنذكر فى باب التشخيص طريقة التمييز بينها وبين القرحة الزهرية .

---

(١) اى الذين لم تعمل لهم عملية « الطهارة Circumcision »

(٤) الشانكر السيلانى الثعبانى

« جونوريال سيربيچينص شانكر »

يكثر ظهور هذه القرحة عند النساء - كما سيأتى بعدئذ - عنه عند الرجال، وذلك يعود الى تعرض الأعضاء التناسلية عند الاناث بكثرة لتأثير ميكروب السيلان يفوق تعرض الأعضاء التناسلية عند الذكور لتأثير ميكروبات السيلان ، وذلك لأن السطوح المخاطية المعرضة للعدوى عند الأناث اكبر مساحة وأوسع حجماً عند النساء عنها عند الرجال . وسنذكر ذلك عند الكلام عن هذا الشانكر عند النساء ، ولكن هذا لا يمنع من أن نقول ان مثل هذا الشانكر كثير الحدوث عند الشبان من الذكور .

المضاعفات الثانوية للشانكر السيلانى

اذا ماظهرت قرحة سيلانية فقد تظهر لها — وغالباً يحدث ذلك — مضاعفات ثانوية تحتاج لعناية الطبيب المعالج ، وأهم هذه المضاعفات الثانوية تكون كما يأتى :-

(١) التهاب العدد الليمفاوية المجاورة للقرحة .

(٢) التهاب حاد - ناتج عن العدوى السيلانية أو عن عدوى سيلانية وثانوية بميكروبات أخرى - فى جميع الغدد الجسمية أو بعضها . وهذا النوع من المضاعفات الثانوية ينتج عنه حالات سيلانية خطيرة قد تقود لتشويه كثير من الأعضاء أو قد تقود لتشويه البعض من الأجهزة الحيوية أو قد تقود للموت نفسه خصوصاً فى حالات ضعف بنية المرضى بالسيلان .

تشخيص فى حالات الشانكر السيلانى

لتشخيص القرحة السيلانية - أو مانسميه الشانكر السيلانى - يجب أن نتخذ كل حيطة لحماية مرضانا من تشخيص يعرضهم خطأ لعلاج سيلانى لامحل له ، وقد يعرضهم لحرمانهم من معالجة قرحة زهرية أو قرحة رخوة فى الوقت المناسب لأنهم وضعوا تحت رحمة علاج قرحة سيلانية وقد تكون غير سيلانية بل تكون زهرية أو قرحة رخوة .

ولتشخيص مثل هذا القرح السيلانية يجب مراعاة الآتى :—

(١) دراسة تاريخ الحالة المرضية دراسة ايكلنيكية دقيقة .

(٢) فحص عينة من القرحة فحصاً بكتيريولوجيا دقيقاً ، ولفحص عينة يجب اتخاذ الاحتياطات الآتية :—

(ا) غسل القرحة (المظنون انها سيلانية وقد تكون غير سيلانية) جيداً بماء مقطر .

(ب) أخذ عينة من القرحة بحيث تؤخذ العينة من كحت القرحة كحتاً جيداً لسطحها العميق ، لأن أخذ عينة من القرحة سطحيا قد يعطى نتيجة ايجابية لميكروب السيلان ، مع أن الحالة قد تكون قرحة رخوة أو قرحة زهرية ولكنها تعرضت للعدوى بميكروب السيلان فى سطحها .

(ح) ونحن نصر شخصياً على تعقيم سطح القرحة بكل الطرق التعقيمية الممكنة ، ثم نكحت القرحة ، ونأخذ منها عينة ، ونفحصها بكتيريولوجيا للتحقق من وجود ميكروب السيلان أو غيره من الميكروبات الأخرى ، وعند التحقق من وجود ميكروب السيلان وعدم وجود غيره من الميكروبات التى تسبب قرحة مماثلة ، وبعد فحص الدم سيرولوجيا بالنسبة للزهرى ، ومع معرفة تاريخ الحالة السيلانية ، نشخص الحالة كقرحة سيلانية .

وسأذكر للقارىء تاريخ الحالتين اللتين وعدته بهما ، وعندى من مثل هذه الحالتين الكثير ولكننى أكتفى بهما كمثالين لما يلاقيه الطبيب فى عمله اليومى الذى قد يكون دراسة طويلة لغيره ممن لم يروا مثله هذه الحالات المرضية .

الحالة الأولى : —

م . بك ح . عمره ٤٦ سنة متزوج وله زوجتان ، ٣ أطفال من الزوجة الأولى ، لا أطفال من الثانية ، الزوجة الثانية سقطان (أى اجهاض فى سن الشهر الثالث أو

الرابع من الحمل) وولادة واحدة مشوهة . ثم جماع مع ممثلة ، وبعد ٣٦ ساعة تقريباً سيلان حاد : افراز صديدى والتهاب وحرقان ، ثم التهاب بالقضيب ، ثم تقرحات بفتحة القضيب من الجهة السفلى للفتحة .

تشخيص — التاريخ - زهرى فى شكله وتفاصيله ، وبفحص العينات اللازمة سيرولوجيا وبكتيريولوجيا : اتضح أن المريض مصاب بالزهرى حقاً ، ولكن القرحة التى كانت سبباً فى فحصه كانت ناتجة عن مرض السيلان لأنها كحتت فوجد بها ميكروب السيلان ، وعولجت كقرحة سيلانية - مع وجود التاريخ الزهرى — وشفيت بدون علاج الزهرى .

الحالة الثانية : —

ز . هانم م . متزوجة ، عمرها ٣١ ، لا أطفال لها لأن زوجها مصاب بالعقم ، أعضاؤها التناسلية جميعاً عادية ليس بها أى مرض يمنع الحمل . أصيبت بمرض السيلان الحاد لعلاقة غير شرعية (بعد زواج لمدة تتراوح بين ٥ سنين الى ٥ سنين ونصف). واصابتها كانت حادة وشديدة جداً ، وسنشرحها تفصيلياً فى باب « مرض السيلان عند النساء » .

علاج السيلان الحاد

نستحسن أن ننبه القارىء قبل وصف هذا العلاج الى أن ادعاء البعض المقدرة على علاج السيلان فى اسبوع واحد ادعاء باطل لأن أدوار الالتهاب الپاتولوجية لاتسمح بتصوره قط . نعم يحدث أن تشفى بعض الحالات فى ١٠ أو ١٥ يوماً ولكن هذا نادر لا يعول عليه . واعتقد انه لايمكن شفاء السيلان الحاد البسيط فى مدة تقل عن ٣ الى ٤ أسابيع[1] بشرط أن يكون السيلان الحاد منحصراً بمجرى البول الأمامى ولا يكون مصحوباً بأى مضاعفات ثانوية .

---

(١) وقد قدر العلامة (برونز) هذه المدة من ٤ الى ٥ أسابيع .

أما العلاج فيتكون من تنظيم حياة المريض من راحة ومأكل ومشرب وغيرها ومن علاج طبي . فعند مايصاب المريض بالسيلان يجب أن يرتاح راحة تامة فى الفراش اذا أمكن ، ولكن هذا ليس متيسراً لكل شخص ، وعلى ذلك ننصح لكل مريض بالاقلال من الحركة بأن يسير فى طريقه سيراً بطيئاً ولا يجهد نفسه فى أي حركة قوية مثل السباق أو السباحة أو الرقص أو ركوب الدراجات أو الخيل (أما فى الحالات التى يكون فيها السيلان الحاد مصحوباً بالتهاب الخصيتين أو البربخ أو المثانة فتجب الراحة التامة فى الفراش ، وننصح باستعمال الكيس الرافع — سوسپينسوريوم)[1].
ولا يجوز للمريض أن يأكل إلا اكلا سهل الهضم ومغذياً ويمتنع عن (الفلفل) و (الشطة) و (الموستارد) وكل التوابل والمآكل المملحة . ولا يشرب خمرة قط ، ولو أن بعضهم هنا يحتج علينا بأن الشعب في المانيا يستعمل (البيرة) كما نستعمل الماء للشرب هنا ، ولكن هذا احتجاج واه لأن البيرة عندنا بها اكثر من ٣ الى ٥ فى المائة من الكحول ليحفظها جيدة فى الجو الحار . ويجب ان يمتنع المريض عن زيارة المراسح الساقطة المفسدة للاخلاق والمراقص وكل اجتماع ربما يتسبب عنه تهييج العواطف التناسلية نفسياً ، ويمتنع عن قراءة الكتب أو المجلات الساقطة ويتحاشى التطلع للصور والرسوم الشهوانية الموضوع . وبالاختصار يمتنع عن كل مايسبب الانتصاب فى العضو التناسلى . ويستحسن أن ينام المريض على فراش خشن أى على سرير مفروش بطبقة رقيقة من القطن و (ملاية الفرش) وتكون (مرتبة السرير) من الخشب وليست من (السلوك المزازة) حتى لاتتسبب حرارة الفراش الوثيرة وحركات (السلوك المزازة)من رفع درجة احتقان الاعضاء التناسلية لدرجة مضرة . ولتخفيف هـذا الاحتقان ليمتنع أو يقل الانتصاب ليلا لأنه مضر جداً بسير المرض يستحسن أن يبول المريض مرة قبل النوم ولا يشرب سوائل كثيرة قبل النوم لأن امتلاء المثانة يزيد فى الآم المريض بالسيلان . ويجب ايضاً أن نمنع الامساك عند

(١) أحسن نوع من هذه الاكياس الرافعة هو (كيس نيسر) لانه يريح المريض جداً ويرفع الخصيتين جيداً .

المريض بمعنى انه اذا كان عنده امساك فيأخذ شربة سلفات الصودا مثلا او مايشبهها او ما يكون اعتاد عليه من انواع «المسهلات» المتعددة الاخرى ، وأن لم يكن عنده امساك فيتحاشاه بأن يأكل كثيراً من الفواكه الطازجه أو بشكل (مربات) قبل النوم فتساعد الامعاء على انهاء الهضم جيداً . ويجب تنبيه المريض الى أن يغسل يديه جيداً بالماء الجاري والصابون و بعدئذ يضعهما لمدة دقيقة أو دقيقتين فى محلول مطهر (مثلا ليزول ملعقة بن فى لتر ماء) لتطهيرهما عقب أن يلمس اعضاءه المصابة لأى سبب أو اذا لمست أصابعه صديد السيلان صدفة ، لأنه اذا لمس عيونه بأصابع عليها الميكروب فيتعرض للرمد الصديدى وهو مرض خطر جداً على النظر (وننصح كل مصاب بالسيلان أن يستشير طبيب العيون حالا و بسرعة اذا لاحظ احمراراً او دموعاً تسيل من عينيه) **و يمتنع امتناعاً تاماً عن الجماع** .

العلاج الطبي — يتركب العلاج الطبي من علاج داخلى وعلاج موضعي :—

(١) **العلاج الداخلى** يتركب من اعطاء المرضى أدوية تمر بالمعدة وتهضم وتمر في الكلى وتخرج منها متحللة الى عقاقير مطهرة أو مسكنة لطريق البول من الكلى الى فتحة القضيب الأمامية مارة بالحالب(يوريتير) فالمثانة (بلادير) فمجرى البول (يوريثرا) . وغنى عن البيان أنها تفيد فى علاج السيلان ولكن استعمال هذه العقاقير وحدها لا يشفي ولا يمكنه أن يشفي حالة سيلان واحدة. وأهم هذه العقاقير هي الأدوية الآتية :—

زيت الصندل : يعطى كعشرين نقطة ٣ مرات يومياً ، ولكن طعمه ثقيل ولذا فهو يباع مجهزاً تحت اسماء تجارية أهمها (كابسول سانتال كنول) و (كابسول جونورول) و (كابسول سانتال ميدى) وأنا شخصياً أفضل استعمال مركب من (كافاهارتز ، وزيت سانتال) يباع تحت اسم (جونوزان)،وهو أخف هذه التراكيب تأثيراً على الكلى . ولا بأس من استعمال كابسول (بلينوتين) وهو دواء مركب من زيت الصندل وهيكساميثيلين تيترامين والكافور . ويوجد دواء مركب من (السالول وزيت الصندل) ويباع تحت اسم (سالو سانتال) كبضاعة المانيــة ، أو (سانتال سالوليه) كبضاعة افرنسية ، والاثنان الأخيران مطهران جدا إلا أن المعدة

تتأثر من استعمالها بدون احتياط كاف . وتوجد مجهزات كثيرة اخرى تحت اسماء متعددة نذكر منها « يوميكتين » و « أريول » و « سانتيل » . . . الخ وللطبيب ان ينتقى منها ما يشعره بان هذا النوع او ذلك اصلح لمعدة وكلى مريضه .

وأما الكبيبة وبلسم كيوبيبه فكانا يستعملان سابقاً قبل ظهور هذه المجهزات وأهملا الآن لما لها من التأثير السيء على الهضم والكلى ولا يستعملها الآن إلا الفقراء أو بعض الاطباء بالارياف .

وأهم الاملاح التى تستعمل وتعطى عادة كبرشام هو (يوروتروپين) ويباع كملح وكاقراص ، ويعطى في البرشام مع (بينزوات الصودا) أو (أسپيرين وقليل من الكافيين) حسب مقدار حموضة البول ورغبتنا فى أدرار البول ، ويركب مع اشياء كثيرة نتركها لعلم الطبيب بباقى اصول الطب . وتوجد مركبات جاهزة اخرى تباع كأقراص أهمها (هيترالين) وهو ملح أبيض يعطى كأقراص كل واحد منها ٥٠ سنتى جرام ٣ مرات يومياً بعد الاكل ، وكيمياؤه (ديوكسى بينزول هيكساميتيلين تيترامين) ، وهو مفيد جداً كمطهر ،وعيبه الوحيد هو انه يسبب صداعاً قليلا واضطراباً بالمعدة ، ولكن اذا استعمل على مدد متقطعة واوقف يومين كل ٣ أيام فلا يسبب شيئاً يذكر . وأحسن منه الدواء الذى يباع تحت اسم (هيكسال) ويؤخذ كاقراص ٣ مرات يومياً وكل قرص مقداره جرام واحد . وكيمياؤه هى (سالفوأسيدساليسيليك هيكساميتيلين تيترامين) وليس له عيوب (هيترالين) . وأخوه الجديد هو (نيوهيكسال) وله اكثر مميزاته ولا أعرف له امتيازاً عن أخيه . و(زيستوپورين) ويؤخذ منه ٦ أقراص يومياً . وأهم الأعشاب التى تغلى ويشرب ماؤها المغلى هى (أوڤا أورسى) أى ورق عنب الديب ، يؤخذ منه مقدار ملعقة شوربة وتغلى مدة ٥ الى ١٠ دقائق فى لتر من الماء النقى ويوضع عليه قليل من السكر ويشرب منه المريض ٣ فناجيل كبيرة يومياً . وأفضل استعمال فنجالين من هذا المغلى وفنجالين من مغلى (شواشى الذرة)وتجهز هكذا :يؤخذ مقدار ما يملأ كفة الرجل من (شواشى الذرة) ويغلى فى لترين من الماء النقى ويوضع عليه قليل من السكر أو يشرب هكذا بدون سكر . هذه هى عينة من الزيوت والاملاح والسوائل التى تستعمل من الداخل

وطبعاً ينتقى منها الطبيب ما تستلزمه كل حالة على حدتها . وليلاحظ اننا نستعمل الزيوت فى ابتداء ظهور المرض لأنها زيادة عن تطهيرها لمجرى البول فهى تساعد على تخفيف الالم الذى يصحب المرض فى أول أدواره ، ويمكن استعمال الاملاح مع أنواع (الكابسول) لزيادة تطهير مجرى البول ، وأما بعد مرور دور الالتهاب الشديد فيفضل استعمال بعض الاملاح المذكورة ويمكن الاستغناء عن استعمال هذه الزيوت اراحة للكلى من مشقة افراز هذه الزيوت . ويمكن استعمال (مغلى عنب الديب وشواشى الذرة) فى أدوار الالتهاب الاخيرة إذ لا يجوز الاكثار من السوائل فى أول ظهور المرض .

وأما اذا اشتكى المريض من آلام شديدة لا يطيقها فزيادة على استعمال هذه العقاقير يمكن اعطاؤه قليلا من (المورفين) فى شكل قمع (سوزيتورى) يلبس فى الشرج ،وأفضل التذكرة الآتية (مورفين ١ سنتى جرام . خلاصة البيلادونا ٢ سنتى جرام . زبدة كاكاو ٢ جرام . تصنع قمعاً واحداً . يلبس المريض قمعين يومياً عند زيادة الالم) . واذا كان الالم شديداً فيمكن حقن المريض بحقنة (مورفين واتروبين) تحت الجلد .

واذا اشتكى المريض من الانتصاب الشديد المؤلم فيمكن اعطاؤه مزيجاً من بروميد البوتاسا أو الصودا أو ما يشبه من المسكنات ، ويجوز اعطاء مقادير صغيرة من الادوية المنومة مثل (ڤيرونال) أو (أدالين) وامثالها اذا كان الانتصاب أو غيره مؤلماً وقت النوم .

ونذكر القارىء بأن الزيوت والبلاسم التى تستعمل فى معالجة السيلان تسبب أحياناً ألماً فى منطقة الكلى ولذا يجب تنبيه المريض لذلك . وأحياناً تسبب تهيجاً كبيراً للكلى أو طفحاً جلدياً بشكل لطخ ايريثيمية فيجب عند حصول ذلك منع المريض من أخذها ونصحه بأن يتعاطى مدة يومين أو ثلاثة أيام غذاءاً خفيفاً لبنياً .

(٢) **العلاج الموضعى** : يرى المؤلف ان يقسم العلاج الموضعى الى ٤ عمليات مهمة :-

(١) تنظيف مجرى البول ميكانيكياً بالغسيل بأدوية غير قابضة (نون استر ينجنت).

(٢) تنظيف مجرى البول كيماوياً وبأدوية مطهرة وقابضة نوعاً، وثم بأدوية مطهرة وأكثر من السابقة فى قبضها، ثم بأدوية مطهرة قليلا وقابضة أكثر من السابقة وهكذا.

(٣) معالجة القرح - اذا نشأت عن الالتهاب السيلانى قرح - معالجة موضعية.

(٤) معالجة المضاعفات الثانوية التى قد تنشأ فى بعض الحالات.

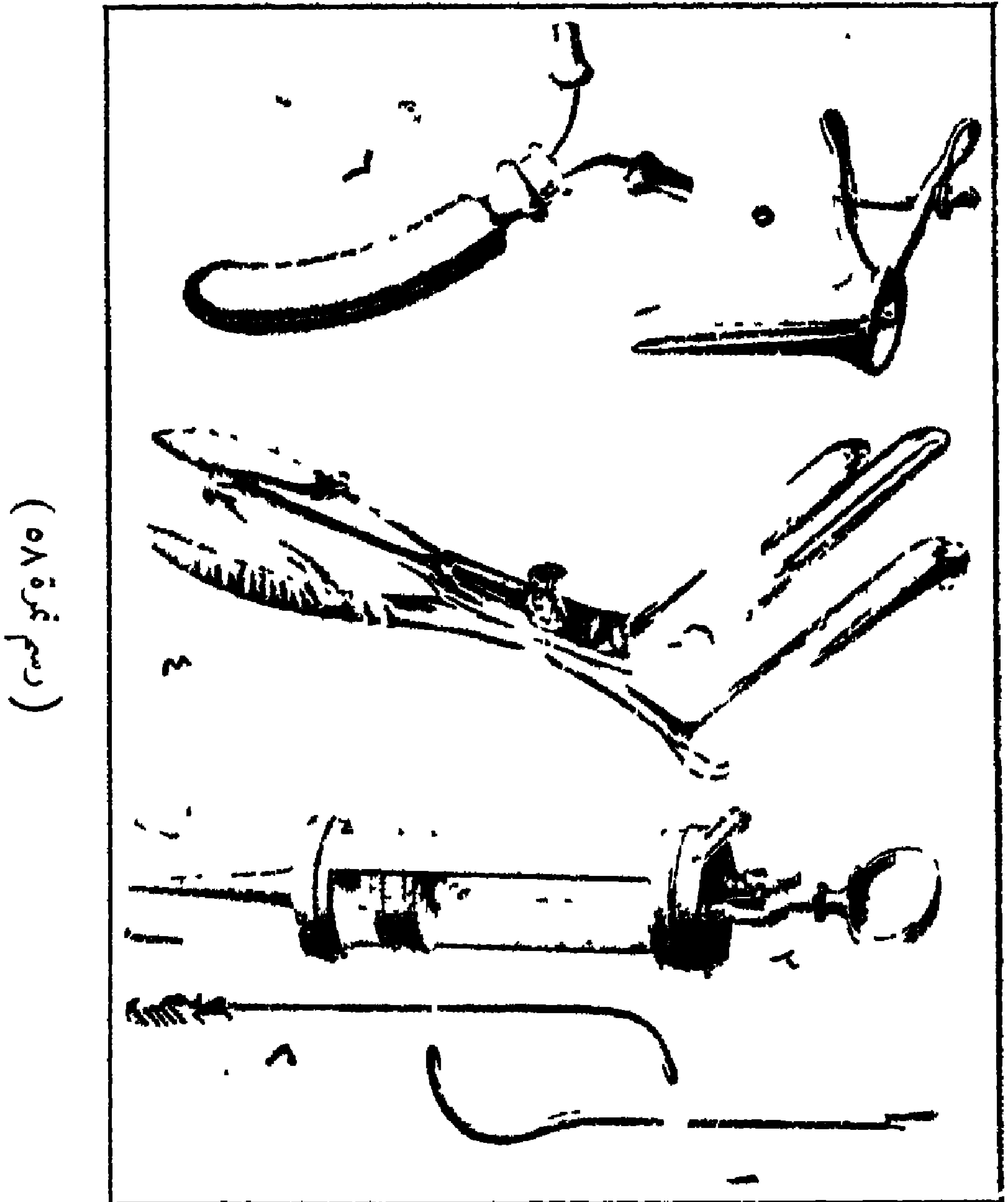
وقبل وصف هذه العمليات نرى ان ننبه الى نقطة مهمة فى موقف الطبيب الذى كثيراً ما يسأله المرضى « فى كم يوم أطيب يا دكتور ؟ » ويسألون هذا السؤال عادة فى أول زيارة للطبيب فيكون موقفه حرجاً دقيقاً اذا كان مخلصاً فى عمله ويكون بسيطاً جداً اذا كان ممن اعتادوا ان يجيبوا « فى أسبوع واحد !! » لانه يتعذر جداً الحكم فى حالات السيلان بالمدة اللازمة لتتميم الشفاء. لانه يحدث أحياناً ان تسير حالة السيلان سيراً بسيطاً ثم يصاب المريض فجأة بمضاعفات ثانوية كالتهاب الخصية مثلا أو البربخ، أو يحدث ان يصل السيلان لمجرى البول الخلفى رغم عناية الطبيب فى منعه من الوصول هناك، لأن الميكروبات لا تصل اليه فقط بطريق الامتداد على السطح المخاطى بل ربما تصل اليه بطريق الاوعية الليمفاوية ولا يمكن الطبيب منعها من السير فى هذه الاوعية فى أول العلاج. وأحياناً تصاب فتحة القضيب الامامية بالتهاب جلدى كيماوى من استعمال بعض انواع الغسيل لرقة الجلد أو لوجود (إيديو سينكراسى) مخصوصة فى احساس الجلد وأعصابه تهيجه من استعمال بعض أنواع الغسيل فنضطر لايقاف العلاج يوماً أو يومين حتى يذهب هذا الالتهاب، فيتقدم المرض لاننا عاجزين عن مقاومته لوقوف التهاب فتحة القضيب فى طريقنا ولا كتفائنا فى هذه الهدنة بمحاربة الميكروبات بالأدوية التى تعطى من الداخل وبالقاكسين وغيره مما سيأتى ذكره. وعلى ذلك نرى أن يجيب الطبيب مرضاه هكذا « تشفى حالتك فى مدة تتراوح بين ٣ أو ٤ أسابيع اللهم الا اذا حدثت مضاعفات ثانوية أو تقدم المرض رغم العلاج ». وأما المرضى الذين يلاحظ عليهم الطبيب مزاجاً عصبياً مضطرباً فاستحسن تسكينهم وتطمين خاطرهم بجواب كهذا « تقريباً فى مدة شهر أو أقل أو اكثر ». ومن الجنايات التى لا تغتفر أن يضحى الطبيب طرق العلاج

الفنية ويقصر مدة العلاج مكتفياً بايصال المريض لدرجة من الشفاء حقيرة حيث يمتنع (الحرقان) ويمتنع الصديد (المدّة) كما يفعل بعضهم فى ٥ أو ٨ أيام ، بل يجب افهام المريض حقيقة مرضه جيداً ولوكان فى ذلك تضحية (زبون) لا يسره علاج طويل ويفرح بعلاج قصير لأنه لا بد ان يستشير طبيباً آخر بعد وقت قليل ليعالج له سيلاناً مزمناً أوصله له الطبيب الذى لا يستعمل الا أدوية قابضة تمنع نزول الصديد . والآن نتكلم عن العمليات الأربع :—

(١) **التنظيف الميكانيكى بالغسيل** : لوجود التهاب حاد بمجرى البول يمنعنا من استعمال أى دواء قوى خوفاً من تهيج هذا السطح المخاطى الدقيق الملتهب ولوجود صديد يجب أن نخرجه شيئاً فشيئاً من داخل (الماسوره) ننصح باستعمال أى محلول كحقن داخل الماسورة لنغسل السطح المخاطى جيداً غسلا هو فى الحقيقة ميكانيكى أى لا قيمة له فى قتل الميكروبات . ونستعمل المحاليل الآتية :

البارجين (١ فى ٣٠٠٠ أو ٤٠٠٠ ماء مقطر) . بروتارجول (١ فى ٥٠٠ أو ٦٠٠) . برمنجات البوتاسا (١ فى ١٠٠٠٠) ولا بأس من استعمال ايشتيول (١ فى ٣٠٠) أو خوليفال (١ فى ٣٠٠) . وننصح بعدم استعمال محلول نترات الفضة فى ابتداء الالتهاب مهما كان ضعيفاً لأنه محلول قابض اكثر من اللازم فى هذا الدور ، ونحن نريد أن نغسل السطح الملتهب غسلاً بسيطاً حتى أن بعضهم نصح باستعمال غسيل بالماء المقطر الساخن ، ولو اننا لا نوافق على ذلك لأن استعمال غسيل مطهر ضعيف أضمن جداً من الماء المقطر . وطريقة استعمال هذه المحاليل تتركب من عمليتين عملية يقوم بها المريض فى منزله وعملية يقوم بها الطبيب بعيادته أو بالمستشفى . ففى الاولى يعطى المريض محلولا فى زجاجة يجهزها له عادة الصيدلى . فيسخن قليلا من المحلول (أى مقدار ٤٠ جرام) ويضعه فى كأس نظيف . ثم يتبول المريض ويملأ (حقنة السيلان) التى يستعملها[1] ويدفع المريض المحلول فى مجرى البول ويخرجه

(١) وننصح باستعمال حقنة مصنوعة من الزجاج حتى يسهل تطهيرها جيدا قبل استعمالها وأحسن نوع هو (شكل ٥ رسم نمرة ٥٧) ويجب أن تسع مقدار ١٠ جرام من المحلول على الاقل حتى ينتفخ مجرى البول جيداً عند ما يدفع كل المحلول الذى بالحقنة داخله .



(١) مجس « ساوند » على طريقة «جويون » (٢) مجس « نيتزه » (٣) حقنة السيلان . لا يستعملهـا الا الطبيب ولا يجوز للمرضى استعمالها . وترى رسمين صغيرين عند طرفهـا . يميناً عمود صغير من الزجاج . وشمالا قطعـة صغيرة من الزجاج السميك بشكل مخروط تلبس فى طرف الحقنة وعند استعمال الحقنة يوضع رأس المخروط الزجاجى فى فتحة القضيب وبذا يمنعون تهيج الجزء الامامى لمجرى البول من الاحتكاك بطرف الحقنة المعدنى . (٤)منظار معدنى للمهبل بثلاثة اذرع . (٥)منظار معدنى للمهبل بذراعين. (٦) مرطبة البروستاتا ، أو مدلكة البروستاتا (بروستاتا كيله . للعلامة كولمان) .

من المجرى حالاً . ثم يملأ الحقنة مرة ثانية ويدفعها فى المجرى ويقبض على فتحة القضيب ليقفلها مدة ٤ دقائق ثم يرمى المحلول خارجاً . ثم يعيد هذه العملية للمرة الثالثة ويبقى المحلول ٤ دقائق أيضاً . فتكون كل مدة بقاء المحلول بمجرى البول ٨ دقائق . وتكرر هذه العملية صباحاً وظهراً ومساء . ويجب على كل طبيب أن يفهم مريضه هذه العملية جيداً ، ويستمر المريض على استعمال الغسيل بهذا الضعف مدة ٤ أيام أو ٥ أيام ثم يعطيه طبيبه محاليلاً أقوى فأقوى حسب ما تقتضيه الاحوال . وطبعاً يغير الطبيب ويبدل — اذا رأى لزوماً لذلك — فى أنواع الغسيل التى يستعملها والاملاح التى يفضلها حسب علمه وخبرته . أما العملية التى يقوم بها الطبيب فتبتدىء ثانى اوثالث يوم للعلاج أي بعد أن يكون المريض أخذ زيوتاً أو بلاسم أو أملاحاً من الداخل . فيغسل الطبيب مجرى البول الامامى فقط بواسطة الحقنة الكبيرة (شكل ٣ رسم نمرة ٥٨) وبما ان هذه الحقنة يمكنها ادخال المحاليل بضغط ضعيف أو قوى كما يريد الطبيب فننصح باستعمال ضغط ضعيف أولا ثم يزيد الطبيب الضغط شيئاً فشيئاً حتى يصل لدور تنظيف مجرى البول كيماوياً . فيجوز له حينئذ أن يزيد الضغط حتى يشعر المريض بتضايق أو ألم بسيط لأن المحلول يكون ضاغطاً على مجرى البول الامامى فى نهايته عند العضلة القابضة ، وفائدة هذا الضغط هى تطهير مجرى البول الامامى فى نهايته تطهيراً جيداً . ويستعمل الطبيب غسيلاً ضعيفاً ويزيد فى قوة الغسيل تدريجياً حسب خبرته وما تستدعيه كل حالة . ولكن اذا حصل التهاب بالخصية أو البربخ فجأة فيجب ايقاف غسيل الطبيب بالحقنة الكبيرة حالاً لئلا يزداد الالتهاب ، ويستمر المريض فى عمل الحقن الصغيرة منعاً لتمكن الميكروبات من سطح المجرى ببقاء الصديد داخل المجرى . ويستمر عادة علاج التنظيف الميكانيكى مدة تتراوح بين ٨ أو ١٠ أيام .

(٢) **تنظيف مجرى البول كيماوياً** — نستعمل فى هذا التنظيف نفس الاملاح السابقة فى محاليل أقوى من المحاليل التى ذكرناها ، فمثلا نستعمل محلول البارجين (١ فى ٢٥٠٠) ثم (١ فى ٢٠٠٠) ، أو بروتارجول (١ فى ٣٠٠) ثم

(١ فى ٢٠٠) ثم (١ فى ١٥٠) وهكذا . فقط يلاحظ ان من يريد استعمال برمنجنات البوتاسا فلا يجوز له أن يستعمل محلولاً منه يكون أقوى من (١ فى ٢٥٠٠) لأنه يكون حينئذ محلولاً قابضاً جداً ويفتك بسطح مجرى البول المخاطى فتكاً يؤذيه ويتسبب عنه تقرح سطحى أولا ثم تقرح عميق بعدئذ . وبعد استعمال المحاليل السابقة يمكن استعمال محلول نترات الفضة (١ في ٤٠٠٠) ثم (١ فى ٣٠٠٠) ثم (١ فى ٢٥٠٠) ، وأما من ينصحون باستعمال محلول نترات الفضة (١ فى ٣٠٠) أو أقوى من ذلك فهم قوم ربما يعتقدون أن سطح مجرى البول مركب من جلد الفيل أو البقر . ويستمر العلاج هكذا حتى يعتقد الطبيب انه وصل لدور من الشفاء يسمح باستعمال أدوية قابضة أى انه يستمر مدة تتراوح بين (١٠ الى ١٥ يوما) وفى كل هذه المدة يستعمل المريض الدواء الذى يعطيه له طبيبه فى منزله ، ويغسل له الطبيب فى عيادته بنفس المحلول الذى يستعمله المريض أو بمحاليل أخرى.واستحسن طريقة الغسل بالحقنة الكبيرة السابقة الذكر أو بواسطة تسليط فم الأنبوبة الكاوتشوك (الآتيه من « حقنة شرجية » معلقة فى الحائط تسع لتراً أو لترين) على فتحة القضيب ، أو ما يسميه بعضهم « غسيل كبير » أو (لاڤاج) . واذا استعمل الغسيل الكبير فيجب أن تلاحظ فيه النقط الآتية : (ا) يكون ارتفاع زجاجة الحقنة المملوءة بالمحلول من ٣٠ الى ٤٠ سنتى متراً فقط عن فتحة القضيب (ب) يكون المريض جالساً على كرسى الفحص أو كرسى عادى أى انه لا يكون واقفاً على قدميه (حـ) لا يسمح الطبيب ببقاء المحلول بالقضيب اكثر من ربع دقيقة أى ١٥ ثانية ويخرجه من القضيب ويدخل محلولاً غيره ويخرجه وهكذا (د) بعد أن يغسل المجرى الامامى قليلاً ، أى بعد أن يستعمل مقدار نصف الى ثلاثة أرباع لتر غسيل يرفع الزجاجة الكبيرة التى بها المحلول مقدار ٢٠ الى ٣٠ سنتى متراً ويغسل للمريض ، ولا خوف من دخول جزء من المحلول المطهر فى المثانة بواسطة الضغط الهيدووستاتيكى أى ضغط

ارتفـاع السائل الذى بالحقنة[١] لأنه لن ينقل ميكروبات داخل المثـانة لأننا نظفنا سطح مجرى البول أولاً .

ولما نتقدم فى دور تنظف مجرى البول الـكيماوى نغسل للمرضى بمحلول اكثر قبضاً وننصح بالتركيب الآتى (بيزموت صب نيتريت ٥ جرام . جليسرين ١٠ جرام تضاف كلهـا على ٥٠٠ جرام من محلول نترات الفضـة ١ فى ٥٠٠٠)[٢] ثم نغسل بعدئذ بمحلول مركب من أدوية قابضـة فقط مثلاً (نترات البيزموت ١٠ جرام . جليسرين ٥ جرام . ماء مقطر ٥٠٠ جرام) أو (حمض التانيك ٢ جرام . نترات البيزموت ٨ جرام . ماء مقطر ١٠٠٠ جرام) أو (جليسرين ٦ جرام . بيكاربونات الصودا ٣ جرام . صبغة المرّ ٥ جرام . ماء مقطر ١٠٠٠ جرام) وهكذا.

وقبل ترك هذا الدور نذكر القارىء بأن العلاج من أول الالتهاب الى هذا الدور يكون شاملاً لكل هذه الأشياء التى ذكرناها من أدوية داخلية وغسيل بسيط وغسيل مطهر قابض وغسيل قابض، ويتصرف الطبيب طبعاً فى كل حالة فى طريقة جمع أحدها مع الآخر، وكمية استمرار المريض فى استعمال هذا أو ذاك ويستنير فى عمله بتقدم المريض للشفاء أو عدم تقدمه، وبنقص (الحرقان) وشدته، وبنقص الصديد وزيادته، وبشكل البول الذى يفحصه الطبيب من آن لآخر ليحكم منه على حالة المريض . وغنى عن البيان أن تحليل البول ميكروسكوبياً من حين لآخر يقود الطبيب لتسيير العلاج سيراً حسناً .

وبهذا العلاج مع تكميله بالـكهرباء والقاكسين احيانا تشفى حالات كثيرة ، ولـكن أحياناً لا يشفى المريض فى ٣ أو ٤ أسابيع رغم عناية الطبيب التامة وهذا ينبه

---

(١) وننصح (جانيت) برفع الزجاجة التى بها المحلول الى متر او متر ونصف وهو يفضل استعمال محلول هيبر منجنات البوتاسا (١ فى ٤٠٠٠ او فى ٢٠٠٠ واحياناً فى ١٠٠٠ جرام ماء مقطر ساخن) ، واظن ان طريقة (جانيت) فى الغسيل تفيـد فى الحالات النصف الحادة (صب اكيوت) وفى الحالات المزمنة وأما فى الحالات الحادة فلا انصح باستعمالها الا اذا كانت زجاجة الحقنة غير مرتفعة ، لان ازدياد الضغط يسبب تهيجاً بالخصية قد يقود لالتهابها أو التهاب الخصيتين معاً .

(٢) وفى بعض الحالات يستحسن تخفيف هذه المقادير لأن بعض المرضى لايحتملونها .

الطبيب دائماً الى ان الحالة قد تكون اصبحت حالة التهاب فى مجرى البول الخلفى ، أو أن بعض القرح السيلانية ظهرت على سطح مجرى البول عنـد المريض ، أو ان البروستاتا صارت مصابة . وبفحص المريض بالطرق السابقة يحكم الطبيب أن المريض مصاب أو غير مصاب بالتهاب مجرى البول الخلفى . فان كان مصاباً فيعـالجه كما سيجىء فى وصف علاج المجرى الخلفى .

(٣) **معالجة القرح** : وان كان غير مصاب بالمجرى الخلفى فيفحص مريضه بواسطة منظار مجرى البول (يوريثروسكوب) - شكل ١ رسم نمرة ٥٧ - وتوجد أشكال مختلفة لهذه الآلة وكلها مركبة باستعمال نظرية ايجاد « لمبة كهربائية » صغيرة جداً توضع فى (ماسورة) من المعدن . وتدخل هذه (الماسورة المعدن) داخل مجرى البول . فاذا نظر الطبيب من طرف (الماسورة المعدن) الآخر بالعين المجردة أو باستعمال (نظارة مكبرة) مركبة فى نفس منظار مجرى البول فيرى أن (اللمبة الكهربائية) الصغيرة تنير داخل مجرى البول فيرى سطح المجرى احمراً كلون سطح الشفة الداخـلى ويرى القرح السيلانية بألوان مختلفة واشكال مخصوصة[1] . وعندما يتم تشخيص القرح يعالجها الطبيب بتنظيفها جيداً بالغسل وبعدئذ يمسها ببعض الأدوية المطهرة القوية كمحلول نترات الفضة (٢ فى ١٠٠) أو محلول (حمض كروميك ٢ الى ٥ جرام فى ١٠٠ جرام ماء مقطر) . وينصح بعضهم بكى القرح بابرة الكي الكهربائية (ايليكتريك كوتيرى) ولكننى وجدت أن استعمال هذه الطريقة يهيج مجرى البول تهيجاً كبيراً ، وفعلا لا أستعمل هذا الكى إلا فى معالجة بعض الحلمات (بابيلوما) التى تنمو على سطح مجرى البول وأعجز عن كحتها بواسطة ملعقة الكحت (كيوريتينج سپون) فالجأ لبترها بالكى الكهربائى ، وأفضل حرق هـذه الحلمات كهربائياً بأبرة تكون حرارتها شديدة جداً (يكون لونها ابيضاً وليس احمراً من التيار الكهربائى القوى)[2] وبطبيعة الحال لا ترى هذه الحلمات فى الدور الحاد عادة بل فى

(١) يراجع القارىء كتباً مفصلة فى فن فحص مجرى البول بمنظار مجرى البول (يوريثروسكوبي).
(٢) ومن افضل الطرق ايضاً استخدام ال « دياتيرمى » فى ازالة هذه الحلمات أو غيرها من انواع النمو الباتولوجى على سطح المجرى .

بعض حالات السيلان للزمن . واستعمل أحياناً مسحوق البروتارجول في كي القرح السيلانية بأن يرش المسحوق رشاً خفيفاً على سطح القرحة بواسطة (انبوبة رفيعة) من الكاوتشوك توضع داخل قسطرة — أى ماسورة - منظار مجرى البول . وتعاد عمليـة غسيل وكى القرح السيلانية مرتين أو ٣ مرات واحياناً ٥ مرات حتى تشفى هذه القرح .

(٤) **علاج المضاعفات الثانوية** ويجب معالجـة المضاعفات الثانوية التى تحصل احياناً فى السيلان وأهمها التهاب الخصيتين أو البربخ والبروستاتا والحويصلتين المنويتين والتهاب المفاصل والتهاب الاعضاء الداخليـة . . . الخ . وسيجىء وصف هذا العلاج .

وقبل ان نختتم هذا الباب نذكر أن (بروك) نصح باستعمال (أعمدة طويلة) سماها (كافيلين شتيبشين) مركبة من مسحوق مركب من ملح من أملاح الفضة مع (اورانين) وتعجن وتعمل بشكل (اعمدة طويلة) أي لبوس لمجـرى البول (بوجى) ، ويدخل العمود فى مجرى البول . وقام محل (پارك داڤيز وشركاهم) بتركيب (اعمدة طويلة) تحت اسم (نارجول بوچيز) [1] وعملوا نوعاً قوته (١ فى ١٠٠) يستعمل فى السيلان الحاد ونوعاً قوته (٢ فى ١٠٠) يستعمل فى السيلان المزمن . ولكنني وجدت ان استعمال كل هذه الأعمدة لايفيد اكثر من استعمال غسيل مركب من البروتارجول أو ايشتارجول ولو انني لاحظت ان استعمال هذه الاعمدة كمكمل للعلاج بعد الغسيل يفيد فائدة تذكر .

علاج مجرى البول الخلفى — لما يبتدىء التهاب حاد بهذا المجرى يجب عمل مكمدات ساخنة على المثانة والعانة وتحت «الصفن — الكيس — سكروتم أى « بين المحلين » ، ويمكن عمل حمامات كهربائية بواسطة (ايليكتريك ثيرموفور) وهذا يقوم مقام المكمدات الساخنة ، ويفضلها بأنه يعطى حرارة ثابتة منتظمة ولأى زمن يريده

---

(١) وتوجد انواع مختلفة من هذه الاعمدة فى السوق تحت اسماء مختلفة . فمثلا يوجد « جونوستيلى » وهى اعمدة اساسها ٢٠و٠ في المائة من مادة « البارجين » مجهزة بحجمين كل منهما خاص بالذكور او الاناث .

الطبيب ، ولكنه يحتاج لجهاز مخصوص يوجد احياناً عند الاخصائيين و بالمستشفيات ولكن استعماله لايحتاج لأقل مهارة ، اذ يفتح التيار الكهربائى تحت ضغط ٤ الى ٦ (ڤولت) وتحرك « يد المقاومة » (ريزيزتينس) حتى يصير جسم السخونة فى فى الثيرموفور ساخناً بدرجة يحتملها المريض ويوضع محل مايريد الطبيب . ويتركونه عادة من ٥ الى ١٠ دقائق وتكرر هذه العملية كل ٤ الى ٦ ساعات . ويمكن الاستغناء عن ذلك بأن يجلس المريض يومياً في ماء ساخن لمدة تتراوح بين ٢٥ الى ٣٠ دقيقة ، وفى هذه المدة يستعمل المريض الأدوية الداخلية المطهرة لمجرى البول .
وبعد مايقل الالتهاب يعالج مجرى البول الامامي حسب القواعد السابقة ، ويبدأ فى علاج مجرى البول الخلفى . وتوجد طرق كثيرة لعلاج هذا المجرى اهمها ٣ طرق :
الطريقة الأولى « طريقة چانيت » وهى غسل مجرى البول بواسطة حقنة شرجية ترفع بمقدار متر أو متر ونصف فوق فتحة القضيب ويترك السائل ليدخل فى المثانة، وأحياناً يحدث عند فتح تيار السائل أن لا يدخل السائل للمثانة لمقاومة العضلة القابضه، فيجب أن لايظن الطبيب أن هذه الطريقة لن تفيده بل ينتظر قليلا فلما تتعب العضلة القابضة ترتخى شيئاً فشيئاً وأحياناً ترتخى مرة واحدة فيندفع السائل فى المثانة . ويسمح الطبيب بدخول مقدار ٢٠٠ الى ٢٥٠ جرام من السائل فى المثانة حتى يشعر المريض أن المثانة امتلأت ويفرغها ويعيد الكرة مرتين أو ٣ مرات حتى يغسل الطبيب المثانة بمقدار لتر أو لتر وربع . وتعاد هذه العملية يومياً . **والطريقة الثانية** هى طريقة « جويون » وتتركب من تقطير (اينستاليشن) نقط من محلول نترات الفضة (نصف أو واحد فى المائة) فى مجرى البول الخلفى بواسطة ادخال قسطرة جويون ذات الرأس المدببة أو قسطرة نصف رخوة وتدخل حتى تصل الرأس المدببة للعضلة القابضة فيشعر الطبيب بمقاومة من العضلة القابضة فيعرف انه وصل حيث يقف، فيضع طرف الحقنة التى بها السائل فى فتحة القسطرة الخارجية ويحقن نقطاً قليلة بمقدار سنتى متراً مكعباً الى ٢ سنتى متر مكعب من المحلول . ويعاد هذا التقطير كل يومين أو ٣ ايام حسب الحالة وكمية رد الفعل التى يلاحظها الطبيب . **والطريقة الثالثة**

هى طريقة « ديداى » وتتركب من ادخال (قسطرة نيلاتون) حتى تدخل المثانة ويحتقن الطبيب مقـدار ١٠٠ جرام من محلول من المحاليل المطهرة أو المطهرة والقابضة ... الخ التى ذكرناها فى علاج مجرى البول الامامى داخل المثانة، ثم يسحب الطبيب هـذه القسطرة بسرعة ودقة حتى تخرج ويكون طرفها الداخلى داخل مجرى البول الخلفى، ثم يحتقن الطبيب مقدار ١٠٠أو٦٠ أو٧٠ جرام من نفس المحلول فيغسل هذا المحلول مجرى البول الخلفى جيداً ثم يسحب الطبيب القسطرة قليلا و يدخل مقدار ٣٠ الى ٤٠ جرام من المحلول وهكذا حتى يغسل مجرى البول الامامى ايضاً ، ويخرج الطبيب القسطرة كلها من القضيب فيشعر المريض انه يريد ان يتبول فيتبول مقدار المائة جرام من المحلول الذى كان بمثانته .

وأفضل استعمال طريقة مركبة من غسل مجرى البول الخلفي بطريقة «ديداى» مرتين اسبوعياً ، و باقى الاسبوع استعمل الحقنة الكبيرة (شكل ٣ رسم نمرة ٥٨) فى الغسيل لأنها حقنة يمكن الطبيب أن يستعين بقوتها فى الضغط على الحصول على ضغط يكفى لأدخال المحـلول بالمثانة فيستغنى عن طريقة « جانيت » . وأحياناً استعمل طريقة « جانيت » وهذه الحقنة الكبيرة معاً . ولا الجأ لطريقة « جويون » إلا فى حالات التهـاب مجرى البول الخلفى المزمنة حينما أرى بالفحص باليوريثروسكوب وجود التهاب يستدعي استعمال محلول قوي كمحلول نترات الفضة (نصف الى واحد فى المائة) . وتوجد طرق اخرى مثل طريقة « ڤولف » حيث يستعمل جهازاً يسمى (سانابو) وهى لاتختلف كثيراً عن طريقة « اولتزمان » وننصح القارىء بمراجعة الطريقتين فى مؤلفات اكبر من هذا الكتاب. وعلى العموم لم ألاحظ من استخدامهما أية فائدة اكثر من استعمال الطريقتين المذكورتين .

وقد نصح بعضهم باستعمال نقط الأتروبين عند علاج مجرى البول الخلفى لتساعد العضلة القابضة على الارتخاء ولتخفف الألم قليلا . ولكننى لاحظت كما لاحظ غيري [1] أن استعمال هذه النقط مهما كانت ضعيفة يسبب (جفافاً بالزور) أي (نشفان فى الريق) بسرعة ، وفى اكثر الحالات ينتج عنه اتساع فى حدقة العين

(١) فينجر . اولتزمان . برونز .

(بيو بيل) يستمر زمنا ربما لا يرضى به حضرات زملائنا أطباء العيون . وفى الواقع أننى اعتقد ان (الاتروبين) له تأثير قوي على العيون لا يسمح لغير أطباء العيون باستعماله لانهم يلاحظون العين باستمرار يمكنهم من ايقافه عند اللزوم . واستعمل أحيانًا محلول (نوفوكايين) أو بعض نقط كوكايين لتخفيف آلام علاج مجرى البول . وقبل ترك هذا الباب ننبه القارىء الى ان لا يستعمل الزيوت أو الفازلين المعقم فى ادخال كل هذه الآلات عند العلاج ، نعم قد يجوز استعمال هذه المواد عند الفحص ولكن استعمالها عند العلاج يعوق نجاح العلاج إذ يقف فى سبيل وصول تأثير المحاليل للسطح المخاطى لمجرى البول لأن الزيت أو الفازلين يترك طبقة لا تخترقها سوائل هذه المحاليل ،ولذا ننصح باستعمال الجليسيرين لادخال كل الآلات للعلاج .

هذه هى الطرق العادية للعلاج السطحى للسيلان الحاد ولكن توجد طرق علاج يسمونها علاج السيلان السريع أو الفتاك .

العلاج الاجهاضى للسيلان أو العلاج الفتاك بالسيلان (ابو رتيف تريتمنت) :- وفى اعتقادى انه لا يجوز عملها الا لشخص يصاب بالسيلان قبل سياحته (لاوروبا مثلاً يكون رتبها وأخذ تذكرة السفر) فلا يمكنه تأجيل السفر . أو للعساكر عندما تكون رحى الحرب دائرة ويهم الوطن قيام هؤلاء العساكر للقتال وعدم تأخيرهم بالمستشفيات لعمل علاج للسيلان . نعم ان كثيراً من العلماء يصفون هذا العلاج فى مؤلفاتهم ولكننى أظن أن مجرد مطالعة كتاباتهم كاف لاقناع القارىء بضعف عقيدة وثقة هؤلاء العلماء بهذا العلاج . وتتميماً للموضوع نذكر شيئًا عنه هنا ناصحين بعدم اتباع هذا العلاج الا فى بعض الظروف الاستثنائية . وعلى العموم لا يجوز استعماله الا اذا حضر المريض عقب ظهور المرض تمامًا أى فى أول يوم أو يومين من ظهور المرض [1] لأننى لاحظت انه اذا كان الالتهاب وصل لدور ظهور

---

(١) وقد نصح (برونز) بأن لا يعمل هذا العلاج الا في دور المرض الذي تكون فيه ميكروبات السيلان خارج الخلايا (شكل ١ رسم نمرة ٥٦)وهذا الدور لا يستغرق عادة اكثر من ٤٨ ساعة من ظهور المرض . وقد نصح بعدم عمل هذا العلاج لاي مريض يحضر للعلاج بعد مرور ٥ ايام على ظهور المرض.

الصديد بشكل بسيط أو بشدة - (وهذا يحصل فى ثالث أو رابع يوم لظهور المرض) فان عمل هذا العلاج قد يهيج الاعضاء التناسلية وقد ينتج عنه ورم فى القضيب أو التهاب شديد بالخصيتين . وعلى العموم قد لاحظت أن هؤلاء المرضى الذين اضطر أطباؤهم لعمل هذا العلاج لهم رجعوا دائماً كمرضى بسيلان مزمن مصحوب بتغييرات باتولوجيــة عديدة بسطح مجرى البول . وأهم هذه التغييرات هى قرح مزمنــة وضيق (ستريكتشر) فى نقط مختلفة ناتج من تكوّن خيوط ليفية وسط الأنسجة الدقيقة التى بحائط مجرى البول نتيجة الالتهاب الـكيماوى الذى يصحب هذا العلاج عادة .

طرق العلاج الاجهاضى : يعمل هذا العلاج بطريقتين : (١) **الاولى** بغسل مجرى البول مرتين يومياً بطريقة (جانيت) - راجع صحيفة ٣٠٠) — ويجب رفع زجاجة الحقنة بمقدار متر ونصف أعلى من فتحة القضيب الامامية ويجب استعمال محلول مطهر قوى مثل (برمنجنات البوتاسا ١ فى ٢٠٠٠ الى ٤٠٠٠ ماء مقطر) أو (البارجين ١ فى ١٠٠٠ الى ١٥٠٠ ماء مقطر) ويغسل مجرى البول بمقدار لتر أو لتر ونصف . وقد تحصل التهابات مختلفة نتيجة لهذا العلاج ، وأهمها التهاب بالبربخ أو الخصية أو الاثنين معاً ، ثم يجوز أن تنتقل العدوى من ضغط المحلول الى داخل المثانة فيصاب المريض بالتهاب المثانة وهو شر من المرض الأول الذى يعالج منه المريض .
(٢) **والثانية** هى غسل مجرى البول بواسطة حقنة مثل الحقنة الصغيرة التى يستعملها المرضى بالسيلان — شكل ٥ رسم ٥٧ — والمحاليل التى تستعمل تكون قوية وتتركب اكثرها من أملاح الفضة . فمثلاً (ايشتارجان ١ فى ٢٥ الى ٤٠ ماء مقطر) أو (البارجين ١ فى ٥٠ الى ١٠٠ ماء مقطر)[1] أو (بروتارجول ١ فى ٣٠ الى ٥٠) أو (أرجونين ١ فى ٢٥ الى ٦٠) ويجوز مس سطح مجرى البول بمحلول (بروتارجول ١ فى ١٠ ماء مقطر) أو ينصح بعضهم باستعمال محلول (نترات فضة ٢ الى ٣ فى المائة) ولـكننى أعتقد انهم يسببون التهاباً كيماوياً لا يطاق . ويقوم الطبيب بعملية المس

---

(١) وقد نصح (بلاشكو) وغيره باستعمال محلول بروتارجول ٣ الى ٤ فى المائة والبارجين ١ الى ٢ فى المائة .

بواسطة منظار مجرى البول الكهربائي . ونصح (نيسر) باستعمال (نوڤو إينچيكتول زاليه) — أي مرهم پروتارجول ٦ في المائة — ولكن ادخال هذا المرهم بمجرى البول وتوزيعه جيداً على الحائط الداخلي للمجرى وابقاءه فيه ليس بالأمر الهين، وعلى العموم يعتقد (شولتز) انه لا يأتي بفائدة كبرى ، والمؤلف يوافق « شولتز » على رأيه .

وطريقتي التي اتبعها اذا أردت لأى سبب عمل هذا العلاج هي انني أغسل مجرى البول جيداً بواسطة الحقنة الكبيرة (شكل ٣ رسم نمرة ٥٨) مرتين أو ثلاث مرات بمحلول البارجين (١ في ١٠٠٠) ساخن، ثم احقن ٢ سنتي متر مكعب من محلول پروتارجول (١ في ٣٠) في مجرى البول واكرر هذه العملية في الاربعة الأيام الأولى . وفي خامس يوم أمسّ سطح مجرى البول بمحلول (ارجونين ٤ وسائل ارجينتامين ٨ وماء مقطر ١٠٠) مرتين ظهراً ومساء بواسطة منظار مجرى البول واكرر هذه العملية في اليوم السادس والسابع والثامن . وأطلب عادة من المريض أن يساعد العلاج بأن يغسل مجرى البول في منزله مرة واحدة بمحلول پروتارجول (١ في ٣٠٠) ، وأظن انني حصلت على ناتج أفضل من أى علاج آخر وعرضت المرضى لأقل ما يكون من الضرر المعتاد حصوله من هذا العلاج . وأما اذا ظهر على المريض عدم احتمال هذا النوع من العلاج فليس على الطبيب الا انتقاء العقاقير وقوتها التي يراها صالحة لعلاج كل مريض حسب خبرته .وأخيراً ننبه القارىء الى ان اكثر من يدعون من الاطباء المقدرة على معالجة السيلان في ٣ الى ٨ أيام لا يعملون لمرضاهم شيئاً غير هذا العلاج الاجهاضي للسيلان وقد بينا عيوبه في أول الكلام عليه.

علاج السيلان بالتحليل الكهربائي (إيليكتروليسيس) . ينام المريض على ظهره وتوضع (ماسورة من المعدن المغطى بطبقة رقيقة من البلاتين وبها فتحات صغيرة على حائطها ، راجع شكل ٨ رسم نمرة ٦٠) داخل القضيب ، ويدخل الطبيب محلولا (صوديوم أيوديد، أى يدور الصودا ٢ في ١٠٠ جرام ماء مقطر) أو (صوديوم كلوريد — أي كلورير الصودا ، أى ملح الطعام النقي ٢ في ١٠٠) في الماسورة المعدن ، ثم يربط الطبيب التيار الكهربائي هكذا : — القطب (أى السلك)

الايجابي بعامود معدنى (ستيليت) طويل . ويصل القطب (أى السلك) السلبى بقطعة من المعدن بحجم (الريال) مغطاة بقطعة من القماش السميك ويسمونه بالانجليزية (ايليكتريك پاد) وبعد أن يدخل المحلول داخل (الماسورة المعدن) يدخل العامود المعدنى داخل الماسورة ويضع[1] الطرف السلبى على جسم المريض تحت الصفن (أى بين المحلين) - وأحياناً نفضل وضعه فوق شعر العانة - ثم يفتح التيار الكهربائى تدريجياً . وقوة التيار التى يستعملونهـا تكون من (١ الى ٣ ميللى أمبير) ويسلط على المريض مدة بين ٨ الى ١٠ دقائق . ويعكس التيار فيصير القطب الايجابي سلبياً والسلبى ايجابياً ويترك معكوساً لمدة ٨ الى ١٠ دقائق أيضاً . ولوحظ أن محلول يدور الصودا يتناقص فى مدة سير التيار الكهربائى فيجب تكميل كمية المحلول بادخاله فى (الماسورة المعدن) بواسطة حقنة زجاجية صغيرة : وبعـد ذلك يقفل التيار . ويخرج الطبيب العامود المعدنى والماسورة من القضيب . فيكون العامود مغطى بكميات من الخلايا والميكروبات . ولعلاج السيلان الحاد تكرر هذه العمليـة من ١٠ الى ٢٥ مرة . ويدعى[2] الدكتور (تشارليس رص) انه حصل من هذا العلاج على نتائج مشجعة وهو يستعمله أيضاً فى علاج السيلان المزمن[3] ورأى له نتائج جيـدة . ولعلاج مجرى البول الخلفى تستعمل (ماسورة معدنية) طرفها منحنى كالقسطرة وتتم العملية كما وصفنا أولا . وقد استعملت هذا العلاج مرات متوالية برغبة الوصول للشفاء باستعماله وحده فقط فلم أوفق للنجاح الا فى حالتى سيلان حاد حديث جداً . واستعملته كعلاج مساعد مع طرق العلاج الأخرى فوجدته متمماً حسناً لتكميل العلاج وحصلت بمساعدته على نجاح عظيم فى بعض الحالات. ومن رأيي اننا لا يمكننا الاتكال عليه وحده فى معالجة السيلان ولكن يجوز استعماله كمساعد فى بعض الحالات وربما يأتى المستقبل بتحسين عظيم فى طرق هذا العلاج الكهربائى .

---

(١) قبل وضع الطرف السلبي على جسم المريض يجب ان يوضع في الماء الملح او الحمضي حتى تصبح قطعة القماش المغطى بها هذا الطرف موصلة للتيار الكهربائى جيداً .

(٢) Brit. Med. Jour. June 12, 1915.

(٣) A New Treatment for Gonorrhea, Charles Russ, London, 1916.

علاج السيلان بالسخونة - لاحظ بعض العلماء مثل (هيشت) وغيره ان بعض المرضى بالسيلان اصيبوا أيضاً ببعض الحميات مثل التيفوس وارتفعت طبعاً درجة حرارتهم الى ٤٠° أو ٤١° وعند ما تم لهم الشفاء من الحمى خدمهم الحظ وشفى بعضهم من السيلان أيضاً . ولاحظ العلماء أن مكيروبات السيلان التى توضع فى أنابيب من الزجاج وتسلط عليها حرارة بدرجة ٤١° الى ٤٣° تقتل ، فاستنتجوا من الملاحظتين السابقتين ان هذه الدرجة من الحرارة قد تميت الميكروبات داخل الجسم أيضاً، ففكروا فى استعمال السخونة بكل الطرق الممكنة لعلاج السيلان وتوصلوا فعلاً لايجاد ٦ طرق فنية : —

(١) العلاج بالحمامات الساخنة . يجلس المريض فى (حوض) ويملأ الحوض بالماء الساخن حتى يغطى كل المريض الى عنقه وتكون رأسه خارج الماء . ويمكث فى الحمام من ٣٠ الى ٤٠ دقيقة وأحياناً الى ٥٠ دقيقة ، ويجب أن يضع على رأسه (مكمدات باردة) أو كيساً مملوءاً بالثلج . ولوحظ أن درجة حرارة الجسم نفسه ترتفع بهذه الطريقة حتى تصل الى ٤٠° او ٤١° [1] ويدعى بعضهم ان ميكروبات السيلان تموت بعد حمام أو حمامين أو ٣ حمامات،ولكننى اعتقد ان هذه الطريقة لا تقتل الميكروبات كما يدعون،بل وتعرض قلب المريض بالسيلان لخطر هائل لأن رفع درجة الحرارة بهذا المقدار صناعياً يزيد فى عدد وقوة دقات القلب وربما يصرع المريض وهو فى الحمام . ويقول بعضهم بمعالجة سيلان الاطفال بهذه الطريقة وبطبيعة الحال يتعرض الاطفال لنفس الخطر الذى يتعرض له كبار السن وربما كان الخطر عليهم اشد .

(٢) العلاج بايجاد (حمى صناعية) عند المريض بالسيلان . ويتم ذلك بأن يحقن المريض باللبن او (نيوكليين الصودا) او « التيربيشين » او غير هذه المواد من المواد التى ترفع درجة حرارة الجسم فترتفع درجة حرارته الى ٤٠° او ٤١° . وقد

---

(١) وقد ذكر (فيس) حالة وصلت فيها حرارة الجسم الى ٤٣° .

لاحظ (ميللر) نتائج مشجعة [1] . ولكن بعض المرضى لا ترتفع حرارتهم الا بكمية كبيرة من نيوكليين الصودا فيؤثر عليهم تأثيراً سيئاً . وبعضهم اذا حقن باللبن فيجوز أن تظهر عليه أعراض (تسمم بروتيني) .

(٣) العلاج بالماء الساخن داخل مجرى البول . ويتم ذلك بأن يدخل الطبيب في مجرى البول قسطرة بها مجرى لدخول الماء الساخن ومجرى لخروج هذا الماء . ويسلط الطبيب تيار ماء ساخن لدرجة ٤٨° الى ٥٢° على مجرى دخول الماء بالقسطرة فيمر الماء الساخن بالقسطرة ويخرج منها فتصير ساخنة باستمرار ويصير سطح مجرى البول المخاطي ساخناً . ويستمر الماء جارياً بالقسطرة لمدة ساعة او اكثر. وقد لاحظت ان هذه الطريقة مفيدة جداً في معالجة السيلان المزمن ولكنها ضارة للغاية في السيلان الحاد . وعلى العموم فهي في اعتقادي لا تكفي لمعالجة السيلان منفردة بل انها طريقة مساعدة لتتميم العلاج .

(٤) العلاج بمجسات (ساويندز) معدنية تسخن بالكهرباء . هذه طريقة لا تختلف كثيراً في معناها عن سابقتها إذ هناك تسخن القسطرة بماء ساخن يجري فيها وهنا يسخن المجس بتيار كهربائي يجري فيه . وهي تأتي بنفس نتائج الطريقة السابقة . فقط نحذر من استعمالها بدون ترو وحذر وعناية ، إذ تجب مراقبة التيار الكهربائي جيداً حتى لا ترتفع درجة حرارة المجس ارتفاعاً خطراً على المريض . ويمكن الطبيب فتح تيار كهربائي لا يزيد ضغطه عن (٦ الى ٨ ڤولت) ويسمح بتسخين المجس تدريجياً حتى يصل للحرارة المطلوبة أو أقل ثم يدخل المجس في القضيب بعد أن عرف حرارته خارجاً . ويعتقد (برونز) ان هذا العلاج يفيد في حالات السيلان المزمن وخصوصاً في ضيق (ستريكتشر) مجرى البول .

وتوجد مجسات كهربائية مصحوبة بتيرمومتر يدل على مقدار سخونتها .

(٥) العلاج بالتيارات الكهربائية المختلفة والمسخنة من الخارج : يستخدم القطب الايجابي في اسفل القضيب والسلبي في أسفل الصفن على مسافة ٣ الى ٤

(١) واستخدمت أنتي—فاكسين التيفود واخواتها مع قليل من العلاج الموضعي وحصلت على نتائج مشجعة .

سنتيمتر من فتحة الشرج ، وتتراوح كل مدة لعلاج واحد ما بين ٨ الى ١٠ الى ١٢ دقيقة ، ويمكن دفع العلاج بقوة بعد ذهاب الدور الحاد الى ١٥ دقيقة ، ويجب أن لا يزيد التيار عن ١ الى ٢٥و١ الى ٥٠و١ مللى أمبير . ونقطة الضعف الوحيدة فى هذا العلاج هو انه يتسبب عنه أحياناً احتراق سطحى فى الجلد ، فاذا حدث هذا فنوقف العلاج الكهربائى ونعالج الجلد موضعياً ، وهذا العلاج الموضعى لا يستغرق — فى اكثر الحالات — اكثر من ٤ الى ٦ أيام ، ثم يبدأ العلاج الكهربائى من جديد . ويجب ملاحظة أن هذا العلاج وحده ليس كافياً للشفاء بل يجب أن تصحبه العلاجات الأخرى طبقاً لخبرة المعالج . ولاحظت انه مفيد فى حالات السيلان الحاد والمزمن أيضاً .

(٦) العلاج بالدياتيرمى — سنشرح ذلك بعدئذ .

وقبل أن نترك علاج السيلان الحاد نرى ان نذكر ملخصاً بسيطاً عن العلاج بالمصل السيلانى (جونوكوكال سيروم) وبالفاكسين السيلانى (جونوريال‌ڤاكسين) أما المضاعفات الثانوية فسيأتى الكلام عليها بعدئذ .

العلاج بالمصل السيلانى وبالفاكسين : بنى العلاج بأى مصل على النظرية القائلة انه « اذا لقح حيوان بكميات صغيرة من أى ميكروب وفى مدد متوالية فتتربى فى دمه مواد تساعده على مقاومة المرض الذى يتسبب عن هذا الميكروب . فاذا أخذ دم هذا الحيوان وفصل المصل الدموى بطرق مخصوصة عن باقى الدم فان هذا المصل يحوى هذه المواد التى تساعد على مقاومة المرض . فاذا وجد شخص عنده هذا المرض وحقن بمقادير طبية من هذا المصل فانه يقاوم المرض مقاومة تعجز عنها قوة المقاومة الطبيعية فى جسمه » .وكذلك جهز المصل السيلانى وجرب كثيراً فلم يعط وحده نتائج مشجعة ، وعلى ذلك أهمل وقل من يستعمله الآن . ولما بين الميكروب السيلانى وميكروب مينينجوكوك من التشابه البيولوجى والمورفولوجى فقد نصح بعض العلماء باستعمال مصل مينينجوكوك فى علاج بعض حالات الالتهابات السيلانية بالمفاصل . وقد لوحظت نتائج حسنة احياناً ولكنها ليست نتائج مشجعة مثل النجاح الذى يظهر

دائماً عقب استعمال (الفاكسين) . وأما العلاج بالفاكسين فمبنى فى هذه الحالات على النظرية القائلة انه «اذا جهزت كمية من الميكروبات وقتلت وحقنت منها مقادير صغيرة متوالية فى أى جسم فانه تتربى فى هـذا الجسم مواد تساعده على مقاومة المرض الذى يتسبب عن هذه الميكروبات » . ويعود الفضل فى تركيب الفاكسين السيلانى للعلماء (ريت) و (بروك) و (ريتر) و (فريدلاندر) و (كونتر) و (شيندلر) ويجهز الآن هذا الفاكسين فى معامل كثيرة ، ولكن أحسن ڤاكسين يمكن استعماله هو الفاكسين المجهز من ميكروبات المريض نفسه . ويسمى عادة (أوتوڤاكسين) .

ولتجهيز هذا الفاكسين نزرع الميكروب أولا ، وتوجد عدة طرق لزرع هذا الميكروب ، نذكر منها الطريقة الآتية على وجه التمثيل :—

(١) مزرعة ڤازرمان[1] — جهز المزيج الآتى

سيروم الخنزير	١٥٠ سنتى متر مكعب
جليسيرين	٢٠ » » »
نيوتروز (محلول ٢ فى المائة)	٩ » » »
ماء مقطر	١٥٠ » » » .

واغلِهِ مع تحريك المزيج باستمرار . وعند ما يبرد لدرجة ٥٥ سنتيجراد امزجه بمقدار يساويه من « الجيلوز الميبتن[2] بمقدار ٢ فى المائة » ، ووزع هذا المزيج على أطباق « پيترى » ، ثم ازرع الميكروب ، فيتم النمو فى درجة حرارة ٣٧ سنتيجراد وفى ظرف ٢٤ ساعة .

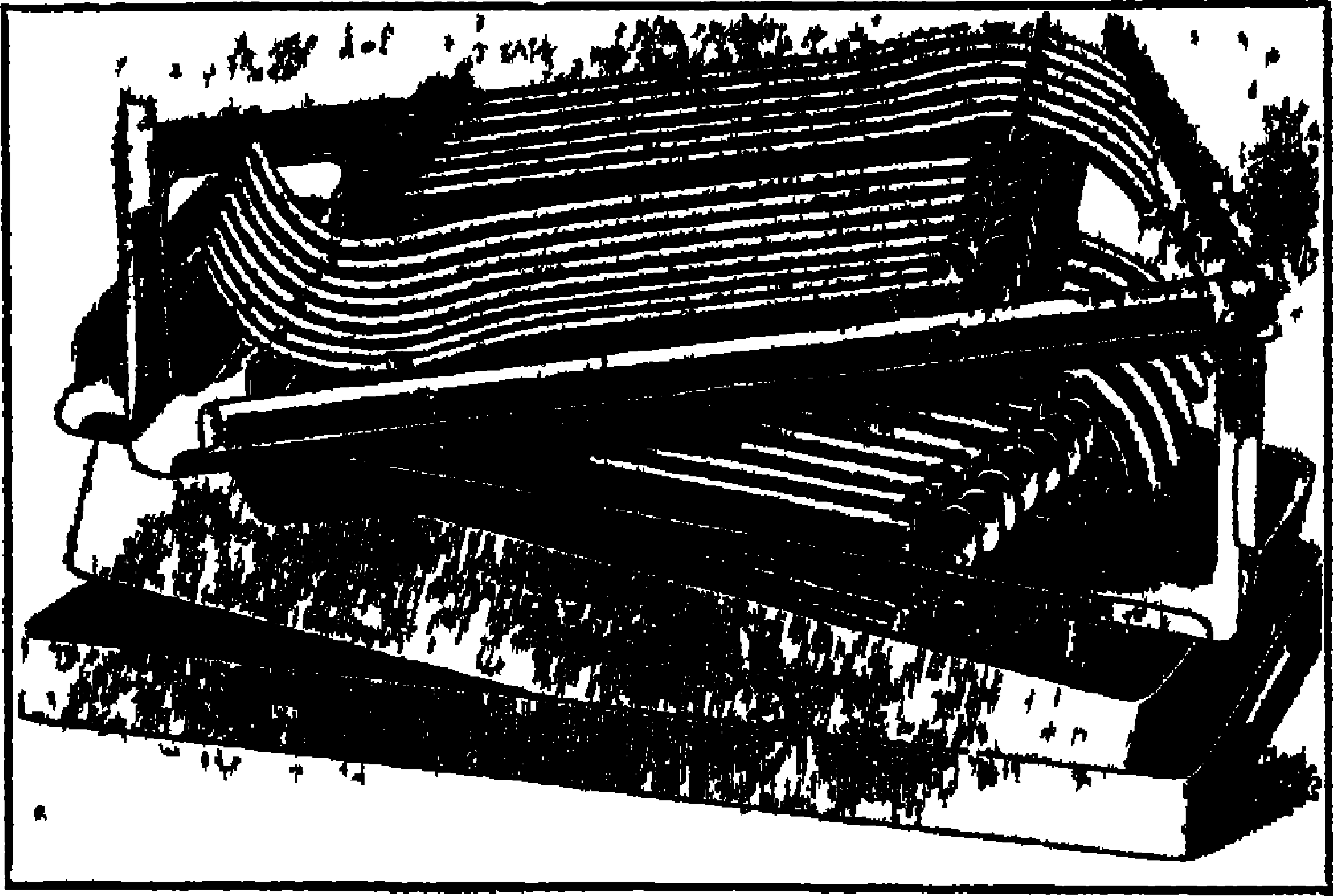
(وتوجد مزرعة « سابورو ، ونوار » ، وتوجد مزرعة « نيكول » وغيرها[3] .

---

(١) Milieu gelose de Wassermann

(٢) Gelose peptonée

(٣) لمراجعة تفاصيل ذلك راجع صفحة ٣١٨ — ٣٢٠ من كتاب « كاليت ورملائه » المذكور فى هامش صفحة ٢٦٧ من هذا الكتاب .



(رسم نمرة ٥٩)

جهاز كامل من محل (درابييه) الفرنسى به مجموعة من المجسات بأحجام مختلفة مدرجة .

و بعد ما تنمو الميكروبات على المزرعة تجمع ، وتعد ، وتوزع بالمقادير المرغوب فيها فى كل سنتى متر مكعب من المادة التى تعلق فيهـا الميكروبات . وبمجرد وضع هذا المركب فى « التلاجه » لمدة ٤٨ ساعة يكفى لقتل الميكروبات .

وأحيانًا يضطر بعضهم لاستعمال الفاكسين الجاهز فى السوق (ستوك ڤاكسين)، لأنه لا يجد معملاً حقيقيًا بالقرب منه ، وفى اعتقادى انه يجب عمل (أوتو ڤاكسين) - اذا أمكن - ولكن لا يوجد أى مانع من معالجة المرضى ايضًا بالفاكسين الجاهز فى السوق . والفاكسين الجاهز يحضر بنفس الطرق التى ذكرناها فقط يأخذون عيات مختلفة من ميكروبات السيلان ، وتوجد عيات يسمونها فنيًا ڤاكسين السيلان المتعدد (پوليفالنت جونوكوكال ڤاكسين) وأنواعه الجيدة والشهيرة تبـاع فى السوق بالأسماء الآتية : -

وسنذكر هنا أهم أنواع الـ « ستوك ڤاكسين » المشهورة فى الاسواق مع التعليق على بعضها طبقاً لاختبارنا للأنواع المختلفة فى هذا العلاج : —

(**جونارجين**) (١) يجهز فى أنابيب صغيرة بها من ٥ مليون الى ١٠ الى ١٥ الى ٢٥ و ٥٠ و ١٠٠ و ٢٠٠ و ٥٠٠ و ١٠٠٠ مليون ميكروب . ويباع أيضاً فى زجاجات بها سائل يحوى كل سنتى متر مكعب منه ٢٠ مليوناً .

(**ارتيجون**) (٢) يجهز الأرتيجون فى الأسواق تحت اسم تركيبين مختلفين : **الأول** « الأرتيجون المضبوط » (٣) وهو عبارة عن مجموعة من الانابيب التى تحوى هذا الڤاكسين بالمقادير الآتية : — ١٠ مليوناً ، ٣٠ مليوناً ، ٤٠ ، ٥٠ و ٦٠ و ١٠٠ مليوناً من الميكروبات السيلانية . **والثانى** « الأرتيجون اكسترا فورت » (٤) وهو عبارة عن مجموعة من الأنابيب التى تحتوى ٢٠٠ مليوناً و ٣٠٠ ، ٤٠٠ ، ٥٠٠ ، ٧٥٠ ، والف مليوناً من ميكروبات السيلان.

(**جونوكوكن فاكسين**) يجهز بمقادير من ٤٠ الى ٤٠٠ مليوناً . (ماركة ميرك) .

(**جونوكوكين فاكسين**) : يجهز بمقادير من ٥٠ الى ١٠٠ مليوناً من الميكروبات (ماركة "A-10 von Reiter") .

(**جونو ياترين**) (٥) : ويجهز فى أنابيب تحوى كل أنبوبة منها المقادير الآتية : (١) ٢٥ مليوناً من الميكروبات ، (٢) ٥٠ مليوناً ، (٣) ٧٥ ، (٤) ١٠٠ ، (٥) ١٥٠ ، (٦) ٢٠٠ مليوناً من الميكروبات ، وكل هذه الميكروبات تكون مجهزة بتعليقها فى سائل أل « ياترين » (٦) بمقدار ٣ فى المائة من هذا السائل .

---

(١) Gonargine: (٢) Arthigon. (٣) Arthigon perfectionée.

(٤) Arthigon extraforte. (٥) Gono - Tatrène. وتوجد أنواع حقن « ياترن » الجونوكوك والستافيلوكوك وغيرهما من الميكروبات تجهز تحت اسم ياترين

(٦) الـ « ياترين » هو عبارة عن « يودو اوكسى — كينولين — سيلفونيك » مخلوط بمحلول « ٢٠ فى المائة من بيكاربونات الصودا » .

Iodoxyquinolinesulfonique dans 20 % de Bicarbonate de Soude.

وتوجد تراكيب من « الجونوياترين » مجهزة فى علب أو صناديق تحوى هذا التركيب بكميات طبية كبيرة ، وهى أقل فى تكاليفها للانتفاع بكميات الجملة غير الموزعة بأنابيب . ولذلك تستخدم فى العيادات أو فى المستشفيات .

(فاكسيجون)[1] : ويجهز بمقادير ١٠٠ مليونا الى ٥٠٠ الى ٢٠٠٠ الى ٥٠٠٠ الى ١٠٠٠٠ مليونا من ميكروبات الجونوكوك[2].

(جونوكوكوس فاكسين) : يجهز من ٥ مليونا الى ٢٠ ، الى ١٥٠ ، الى ٢٠٠ الى ٥٠٠ مليونا من ميكروبات السيلان ، ويجهز تحت اسم « پارك داڤيز وشركاه ».

(جونوريا - فيلاكوجين) : يجهز بوضع مجموعة من ميكروبات السيلان مع أخرى من ميكروبات ستافيلوكوك مع أخرى من ميكروبات ستربيتوكوك لعلاج حالات السيلان وحالات أخرى تشبه العدوى فيها حالات العدوى بالسيلان . واكثرية هذه الحالات تكون عادة حالات التهاب بمجرى البول أو حالات التهاب جلدى . يطلب عادة تحت ماركة (پارك داڤيز وشركاه) .

(جونوكوكوس فاكسين) : تجهيز « باروز - ويلكوم » . وهم ينصحون باستخدام مقادير تتراوح بين نصف مليون و ٥٠٠ مليونا من الميكروبات السيلانية .

أما طريقة اعطاء الڤاكسين فيمكن حقنه تحت الجلد وهو ما لا أرغب فيه كثيراً لما يصحبه من ألم واحمرار فى الجلد وأحيانا يتسبب فى خراج تحت الجلد . وأفضل إعطاء الڤاكسين بين العضلات فى الأليتين ، او بالوريد اذا دعى العلاج لذلك

---

(١) Vaccigon.

(٢) وهذه هى اعظم مقادير ميكروبية عرفتها عند تجهيز انواع الفاكسين المختلفة ، ولكنني مع عظمة هذه المقادير يمكنني ان اؤكد اني حصلت من فاكسين « الارتيجون » و « الجونويترين » على نتائج احسن من استخدام المقادير العظمى لهذا الفاكسين . وفي بعض الحالات السيلانية المزمنة وجدت لهذا الفاكسين نتائج مشجعة ، ولكنها لا تتناسب مع الارقام الميكروبية العالية المذكورة .

أما طريقة (بروك وزومر) فى اعطاء الفاكسين كحقن فى الوريد فهى طر مفيدة وسريعة فى تأثيرها على المرض،ولكنها تضطر المريض أحياناً للبقاء فىالفراش ويصحبها ارتفاع فى درجة الحرارة بمقدار ١° الى ٢° وأحياناً ٤° وأفضل استعمالها للمرضى الذين فى السرير فى المستشفيات ، وأما مرضى العيادات فلا يحبون النوم فى الفراش كثيراً . ومن الوجهة العلاجية أفضلها - اذا أمكن استخدامها - لأنها تعطى نتائج أفضل جداً من الحقن العضلية .

وافضل استعمال اكثرية انواع الفاكسين بمقدار صغير أولا (مثل ٥ مليون) ثم نزيد المقدار تدريجيًا . وطالما لا ترتفع درجة حرارة المريض بعد كل حقنة فيمكننا زيادة المقدار بسهولة وبدون تخوف . ونعطى المرضى حقنة كل يومين أو ٣ أيام . واذا ارتفعت درجة الحرارة فترتفع بمقدار درجة أو درجة ونصف . واذا زادت عن ذلك فيجب اطالة المدة الفاصلة بين كل حقنة واختها ،فمثلا نمدها الى ٤ او ٥ أيام،ولا نزيد مقدار الحقنة اذا كان رد الفعل قويًا . وطبعًا كباقى نظريات الطب العادية يجب ايقاف الفاكسين اذا كان رد الفعل قويًا جداً . نعم ان (بروك) نصح باستعمال (أرتيجون) بكميات كبيرة اذ يبتدىء بنصف سنتى — أى ١٠ مليون — ثم يعطى مرضاه سنتى ونصف — أى ٣٠ مليونًا — ثم يعطيهم ٤٠ مليونًا . ولكننى اتبع تعاليم غيره مثل (ريت) و (ميخائيليس) و (آش) و (ريتر) وهم ينصحون باستعمال مقادير صغيرة — فى البداية — مع السماح باستخدام اى مقادير لتتميم العلاج اذا سمحت حالةالمريض - اذ ان الغرض ليس زيادة المقادير للوصول لرد الفعل كما يظن بعضهم بل نحن بالعكس نتحاشى ايجاد رد فعل قوى .

ولذا ننصح بعدم حقن مقادير هائلة مثل ٥٠٠ أو ١٠٠٠ مليون فى الأدوار الحادة،ولو اننى حقنت بعض المرضى بمثل هذه المقادير ولم أر نتائج مزعجة،ولكن ليس معنى هذا ان نعمم هذا الاستعمال ، اللهم الا فى الحالات المزمنة حيث تفيد الكميات الكبرى فى بعض الحالات ، وخصوصًا حالات الالتهاب الباتولوجى العميقة فى البروستاتا عند الرجال أو فى المبيض عند الاناث .

وأما فى الحالات التى نرى من التحليل انها بها عدوى ثانوية بميكروبات أخرى مع السيلان، مثل ميكروب ستافيلوكوك، أو باسيل كولى، أو ستربيتوكوك، أو بنوموكوك وغيرها، فنستحسن استعمال الفاكسين الذى باسم (فيلا كوچين «پارك داڤيز وشركاهم») او مثيله من المركبات الاخرى — لأنه يحوى مزيجاً من ميكروبات عديدة.

وكثيراً ما يدور الجدل على جواز اعطاء المرضى حقن الفاكسين حالة وجود حمى عندهم. ولكننى لا أرى أى مانع من اعطاء الفاكسين ولو ان درجة حرارة المريض مرتفعة لأن اكثر العلماء لا يعتقدون ان الحمى فى هذه الحالات مانع من استعمال الفاكسين.

متى نستعمل الفاكسين ؟ نستعمله فى علاج الالتهاب السيلانى الحاد بالمفاصل وهو المرض الذى يفيد فيه استعمال الفاكسين أكثر من غيره من الامراض الأخرى. ويفيد الفاكسين ايضاً فى علاج التهاب البربخ والخصية الحاد ويفيد قليلاً فى التهاب البروستاتا الحاد، ولكنه يفيد فى حالات البروستاتا المزمنة، وذلك اذا لوحظت باقى عوامل التهاب مجرى البول. ولم أجد له فائدة تذكر فى التهاب سطح مجرى البول الحاد او التهاب المثانة الحاد بدون استخدام العلاجات الموضعية الاخرى التى ذكرناها سابقاً. وأما فى حالات الخصية او البربخ المزمنة فليس له تأثير عليها الا اذا كانت مؤلمة ولو قليلاً فى بدء الالتهاب فانها تتحسن باستعماله ويختفى الألم الموجود، وأما فى حالة الالتهاب المزمن لزمن طويل فان الفاكسين يعطى — مع العلاجات الكهربائية الاخرى — أحسن النتائج. ويفيد الفاكسين فى الالتهابات السيلانية العميقة عند النساء. وعلى العموم فانه يفيد فى كل التهاب سيلانى بالاعضاء الداخلية. اما قيمة هذا الفاكسين فى **وقاية الاصحاء من المرض** فمعدومة ولا أظن انه يوجد بين العلماء من يدعى غير ذلك.

ويجب ملاحظة استخدام العلاجات الموضعية الأخرى عند معالجة المرضى بالفاكسين، لأن العلاج بالفاكسين **وحده** غير مجد.

السيلان المزمن

يطلق هذا الاسم على مجموعة من الأمراض تتسبب عن بقاء ميكروب السيلان مدة ما بالجهاز البولى التناسلى نتيجة اهمال بعض المرضى معالجة انفسهم جيداً فى دور السيلان الحاد ، أو نتيجة لتداخل بعض الاطباء فى علاج مرضى بالسيلان بطرق ظاهرها يفرح المريض لما يراه من شفاء سريع فى ٨ الى ١٠ ايام وحقيقتها انهم عالجوه من أعراض الالتهاب الأولية ومكنوا الميكروب من البقاء فى أغشية الجهاز البولى التناسلى العميقة ، او نتيجة لاهمال بعض المرضى معالجة سيلان حاد اهمالاً تاماً ، أو نتيجة لما يفعله بعضهم من معالجة السيلان بغسيل بسيط « يا سيدى . حط جرام برمنجنات فى لتر ماء واحقن روحك مرة كل ساعتين !!! » . أو نتيجة للعلاج الاجهاضى للسيلان (راجع صحيفة ٣٠٣) الذى نضطر لعمله فى بعض الظروف مع ثقتنا فى انه ربما يقود المريض لسيلان مزمن ولذا يجب تنبيه المرضى لذلك قبل القيام بمثل هذا العلاج .

اعراضه وتشخيص السيلان المزمن - تتركب الاعراض من قسمين : - أعراض يشكو بها المرضى واعراض يكتشفها الطبيب بفحصه . فيشكو المرضى من انهم يلاحظون مادة على فتحة القضيب لونها اصفر او ابيض باصفرار او ابيض رمادى ، وهى لزجة وتظهر عادة فى الصباح و يسميها المرضى النقطة العسكرية (جوت ميليتير)(١) ، وأحياناً ترى فتحة القضيب مبتلة حتى ولو كان المريض لم يتبول . واحياناً لا يوجد أى سائل عند فتحة القضيب وترى جافة ولكن حافتها تكون ملتصقة ببعضها . واحياناً يلاحظ المريض خيوطاً معلقة فى البول و يصفها بعض المرضى بقولهم «اشوف خيوط فى البول زى التعابين والسمك عايمه » ، ويجب أن يفهم المرضى ان مجرد

---

(١) ليميز القارئ بين النقطة العسكرية (جوت ميليتير) وبين اللطخة العسكرية (سواجيرز باتش) وهي القرحة التى تظهر بالقلب نتيجة تأثير المرض السيلانى احيانا .

وجود الخيوط بالبول ليس معناه وجود مرض السيلان ، بل ان وجود هذه الخيوط - بدون وجود ميكروب السيلان - يدل على وجود التهاب بسيط بمجرى البول . ويشكو بعضهم من (حرقان) عند التبول وبعضهم يشكو من « حرقان وثقل فى اسفل البطن » عند التبول ، ويكون ذلك عادة نتيجة (ضيق فى مجرى البول) . ولما تكون هذه الاعراض مصحوبة ايضاً « بثقل بين المحلين » فتكون الحالة غالباً (التهاب مزمن فى البروستاتا) . واحياناً يشكو المريض من « ثقل واكلان وحرقان عند التبول ووجع فى الظهر فى اسفل العمود الفقرى ووجع والم فى الخصيتين » فتكون الحالة غالباً (حالة التهاب البروستاتا ومجرى البول الخلفى) . واحياناً لا يلاحظ المريض الا الماً بسيطاً او شديداً عند الانزال (انجاكيوليشن) فى عملية الجماع ، ويكون هذا الألم عادة فى منطقة البروستاتا . واحياناً يشكو المرضى من ان « مادة لزجة تنزل من القضيب عند نزول المواد البرازية » وهنا يفكر الطبيب فى نوع هذه المادة لأنها تكون عادة مادة المنى (سيمين) او افراز البروستاتا (بروستاتيك سيكريشن) . فان كانت الاولى فتكون حالة سيلان منوى(سبير ماتوريا) ، وان كانت الثانية فتكون حالة سيلان بروستاتى (بروستاتوريا) ، والفحص الميكروسكوبى لهذه المادة يميز بين الحالتين . وأحياناً يشكو المريض من ارتخاء او من انه « ينزل المنى بسرعة عند الجماع (انجاكيولاشيو بريكوكس) » او « من انه ينزل المنى ببطء شديد (انجاكيولاشيو تاردا) » [1] .

وأحياناً لا يلاحظ المريض بالسيلان المزمن اى شىء لأنه لا يشعر بشىء غير عادى . ولا يفكر فى النظر صباحاً لأعضائه التناسلية ليرى مادة تسيل منها او لا تسيل . ولا ينظر لبوله قط . ولكنه يندهش عند ما يزور الطبيب لأى غرض آخر فيكتشف الطبيب سيلانه المزمن . واحياناً لا يلاحظ المريض شيئاً فيمزوج بدون استشارة

---

(١) وفى كل الحالات التى يشعر فيها المرضى بأى اضطراب فى عملية الجماع - من ضعف انتصاب الى سرعة الانزال - ننصح بمراجعة « كتاب الضعف التناسلى عند الذكور والاناث » ، للدكتور فخرى - المطبعة العصرية ، سنة ١٩٣١ .

الطبيب مع علمه بأنه اصيب مراراً بالسيلان فى سابق الأوقات،وبعد ذلك يحضر امرأته تلك الفتاة البائسة كمريضة للطبيب فيفهم انه كزوجها هو السبب وانه هو ايضاً مريض بالسيلان المزمن .

ويرى المؤلف ان يذكر هنا شيئاً عن السـيلان عند المتزوجين . فاذا اصيب الزوج او الزوجة بسيلان حاد فلا بد وان تنتقل العـدوى للطرف الاخر فيصاب بسيلان حاد . واذا كان الرجل مصاباً بالسـيلان المزمن وتزوج فلوحظ أن الزوجة تصاب أحياناً بسيلان حاد وأحياناً تبقى زمناً طويلاً بدون أن تظهر عليها أى أعراض المرض وفجأة تصاب بسيلان حاد . واذا كانت الزوجة مصابة بسيلان مزمن فينظر فى المسألة جيداً : فان كان السيلان متخذاً محلا مختاراً له فى الاعضاء التناسلية الداخلية كالمبيض او بوق فاللوب او الرحم مثلاً فيكون الزوج قليل التعرض للعدوى . وان كان السيلان بالمهبل وما يحوى من غدد فيكون الزوج معرضاً جداً للعدوى . وان كان السيلان بمجرى البول النسائى فلا يتعرض الزوج عادة للعدوى ان كانت امرأته نظيفة العادات اى اذا كانت تغتسل جيـداً قبل الجماع . ولـكن لا يغيب عن فهم القارىء ان ميكروب السيلان حتى اذا كان مختفياً فى أية بقعة غير المهبل فمن الجماع المتوالى وتهيج الاعضاء واحتقانها قد تنتقل الميكروبات للمهبل فتتجدد العدوى وتصير الزوجة مصابة بسيلان مزمن عميق وسيلان مزمن أو حاد بالمهبل .وقد تنتقل الميكروبات من مثانة المرأة المصابة بسيلان مزمن الى الفرج والمهبل بواسطة البول . وعلى العموم فان العدوى بالسيلان قلما تكون مزمنة فى المثانة بدون أن يكون المهبل مصاباً بسيلان مزمن لأنه يحدث أن تصاب المرأة فى المهبل أولا وتنتقل منه العدوى للمثانة ففى هذه الحالة يكون المهبل أحق بالسيلان المزمن .

والآن نعود الى الاعراض التى يشكو منهـا المريض . فاحياناً يزورنا مريض لا يدرى كيف يعبر عن مرضه فتراه مضطرباً منزعجاً يشكو مرة من آلام عند التبول وأخرى من ضعف تناسلى شديد أو ألم عند طرف القضيب الامامى أو الخلفى ، وتارة يذكر أوجاعاً فى البروستاتا وتارة يذكر نزول المنى بكثرة عند الجماع وطوراً يقول انه

لا يشكو من قلة الانتصاب بل من استحالة (الانزال) ، ثم ينتقل فجأة لوصف أوجاع بالرأس و بالعظام و بالعامود الفقرى وضعف فى النظر ثم يعود لذكر الصديد الذى ينزل من القضيب و يعرج قليلا على الاطباء الذين عالجوه فيتذمر من خشونة بعضهم ومن جهل البعض الآخر ويقدم لنا عدداً من (تذاكر الدكاترة) يقرب فى حجمه مجتمعاً من حجم (مقدمة ابن خلدون) . وربما كان هذا المريض من الاغنياء فترى حديثه يدور على زياراته المختلفة لأطباء باريس وليون ولندن وأخيراً ربما يقول « ومن هذا ترى يا دكتور اننى اثق فى حضرتك واننى متأكد بل لا مؤاخذة اظن اننى سأشفى على يديك » . هذه صورة تفصيلية للمرضى الذين يصابون بمرض النوراستينيا التناسلية (نوراستينيا سيكسيواليس) وهى حالة تستدعى لعلاجها مهارة فنية ومقدرة كبرى فى دراسة عقلية المرضى حتى يتمكن الطبيب من تحمل مسئولية معالجتها .

ونفحص المريض بأن نطلب منه أن يتبول فى كاسين أو ثلاث كاسات أو ٤ كاسات ، ونطبق ماقلناه سابقاً عن طرق الفحص بالكاسات لنكوّن رأياً عن الحالة ، فاذا كانت التهاباً مزمناً بمجرى البول الامامى فاننا نجد بالبول الذى بالكأس الأول بعد فحصه بالميكروسكوب مجموعة من ميكروب السيلان والخلايا الصديدية (وأكثرها بوليمورفو نيوكليارز ومونونيوكليارز ، وأحياناً خلايا مخاطية) ونرى بعض الميكروبات داخل الخلايا ولكنها قليلة ، وأكثر الميكروبات تكون خارج الخلايا . وفى حالات كثيرة نرى هذه الخلايا و بعض الميكروبات الأخرى ولا نرى ميكروبات السيلان (ويمكن التمييز بين هذه الميكروبات بطريقة « جرام » وغيرها مما ذكرنا سابقاً) . وأحياناً يظهر البول رائق اللون نظيفاً مع ان المريض يشكو من (حرقان) داخل القضيب ، وهنا نضطر لفحص مجرى البول اولا بالمجس (شكل ٧ رسم نمرة ٦٠) ونرى بطرفه رأساً مخروطية سميكة فتدخل هذه الرأس أولاً بالقضيب وندفع المجس ببطء داخل القضيب . فان كانت بعض التقرحات موجودة بسطح مجرى البول فيشعر المريض (بحرقان) من احتكاك رأس المجس بالقرحة و يمكن الطبيب معرفة

موقع القرحة من العلامات المدرجة على طول المجس . وان وجدت بعض الحلمات أو الأورام الصغيرة بمجرى البول فان الطبيب يشعر بشيء يقاومه . وأحياناً يدخل المجس ولا يشعر المريض بشيء ما ولكن رأس المجس تقابل شيئاً يقاومها قليلا ولكن بمجرد الضغط عليها تدخل دفعة واحدة ، وهذا يبين ان المريض عنده ضيق (ستريكتشر) . وأحياناً يسير المجس بسهولة داخل المجرى كله ولا يشعر المريض (بحرقان) أو غيره فيظن الطبيب انه لا يوجد شيء ما . ولكن ننصح باتباع الطرق الآتية :-

يدخل الطبيب المجس المذكور حتى آخر مجرى البول الامامى و يبتدىء فى اخراجه شيئاً فشيئاً و ببطء وقبل أن يحركه لاخراجه يضغط بيده الأخرى على حائط مجرى البول الخارجية فوق النقطة التى يشعر أن رأس المجس تحتها . و يستمر فى اخراج المجس وكلما تحركت رأس المجس يحرك الطبيب أصابعه التى تضغط من الخارج على هذه الرأس و بهذه الطريقة يضغط الطبيب على الغدد الصغيرة والقرح العميقة التى تكون على سطح مجرى البول الداخلى . فاذا كانت هذه الغدد مملوءة بالصديد فيخرج الصديد المختفى . وان كان سطح القرح العميقة ناعماً ومغطى بطبقة مركبة من مواد الارتشاح الالتهابى (اينفلاماتورى اينفيلتريشن) فان هذا الغطاء ينشقق وتنكشف هذه القرح ، فاذا ارجع الطبيب المجس بعدئذ داخل القضيب مرة ثانية فيشعر المريض بشيء من (الحرقان) عند مرور رأس المجس بهذه القرح . و بما انه توجد أنواع كثيرة من هذا المجس وشكلها واحد فى نظرية تركيبه مع بعض التغييرات البسيطة، فاننى أنصح باستعمال (مجس « كريپاس ساوند ») الذى ذكرناه فى فحص الغدد والقرح . و يمكن استعمال نوع (جويون) فى ما عدا ذلك . وعلى العموم فاننا ننصح بعدم استعمال (الفازلين) أو (الزيوت) وحتى ولا (جليسيرين) لادخال هذه الآلة ، بل يجب استعمال الماء المعقم فقط . وسيأتى الكلام على تحديد مقدار الضيق اذا كان موجوداً . وأخيراً يتم الطبيب فحص مجرى البول الامامى بواسطة اليوريثروسكوب فيرى كل المجرى من الداخل بما يحوى من فتحات الغدد وقرح وارتشاح بسيط أو ارتشاح متسبب فى وجود ضيق وغيره . ونفحص مجرى البول

الخلفى بطريقة الكاسات أيضاً،ونفضل أن يغسل الطبيب مجرى البول الامامى جيداً قبل أن يسمح للمريض بالتبول حتى تخرج أى افرازات او خيوط تكون معلقة على سطح هذا المجرى . فاذا وجدت افرازات وخيوط فى الكأس فانها بطبيعة الحال تكون خارجة من مجرى البول الخلفى او منه ومن المثانة، وهكذا . و بفحص عينة من مرسّب (سيديمنت) البول المذكور ربما نجد ميكروب السيلان . و بما ان سيلان مجرى البول الخلفى المزمن يكون عادة مصحوباً بالتهاب البروستاتا أو التهاب الحويصلات المنوية فيجب فحص هذين العضوين للتحقق من حالتهما (وسيأتى وصف ذلك فى وصف امراض البروستاتا) . وأما ضيق مجرى البول الخلفى فقليل ونادر ويمكن تشخيصه كما سيأتى فى وصف ضيق مجرى البول . ولا بد من فحص المريض باليوريثروسكوب وسنتكلم بعد قليل عن هذا الفحص .

وارانى مضطراً الآن لذكر شىء عن الفحص الميكروسكوبى فى السيلان المزمن، اذ كثيراً ما يزورنا مرضى وبعد فحصهم نجد عندهم سيلاناً مزمناً ويقولون انهم حللوا البول مرات متوالية فلم يجدوا به ميكروب السيلان ، ونقول هنا « ان ظهور ميكروب السيلان فى بول المرضى بالسيلان المزمن ليس ضرورياً او لازماً لتشخيص المرض عندهم ، بل بالعكس فهو نادر الظهور بالبول فى مثل هذه الحالات » . ولذلك فكروا فى تهييج مجرى البول بطرق مختلفة ليظهروا الميكروبات المختفية فى مجرى البول والبروستاتا وغيرها . ويستعملون لذلك (١) حقن المريض بمحاليل من أملاح الفضة قوية . (٢) تهييج المريض بأن يشرب كحولاً كالويسكى او الكونياك او غيرهما من المواد الكحولية ويقضى وقتاً طويلا فى وسط به نساء أو يرقص فى احتفال او (صالة رقص) او يجامع امرأة ، ولو ان الطريقة الاخيرة تكون أحياناً متعذرة أو خطرة . (٣) تدلك البروستاتا جيداً. (٤) يحقن المريض بمقدار ٢٠ الى ٣٠ الى ٤٠ مليون من ڤاكسين السيلان أو بمقدار ٢٠ الى ٣٠ مليوناً من ڤاكسين (أرتيجون) داخل الوريد فتظهر الميكروبات التى كانت مختفية وترتفع حرارة المريض قليلا[1] . والطريقة التى

(١) لايجوز اتخاذ ارتفاع الحرارة بعد حقن (ارتيجون) كطريقة لتشخيص السيلان اذ يرتفع احياناً حرارة الشخص اذا حقن بالارتيجون حتى ولو لم يكن مريضاً بالسيلان .

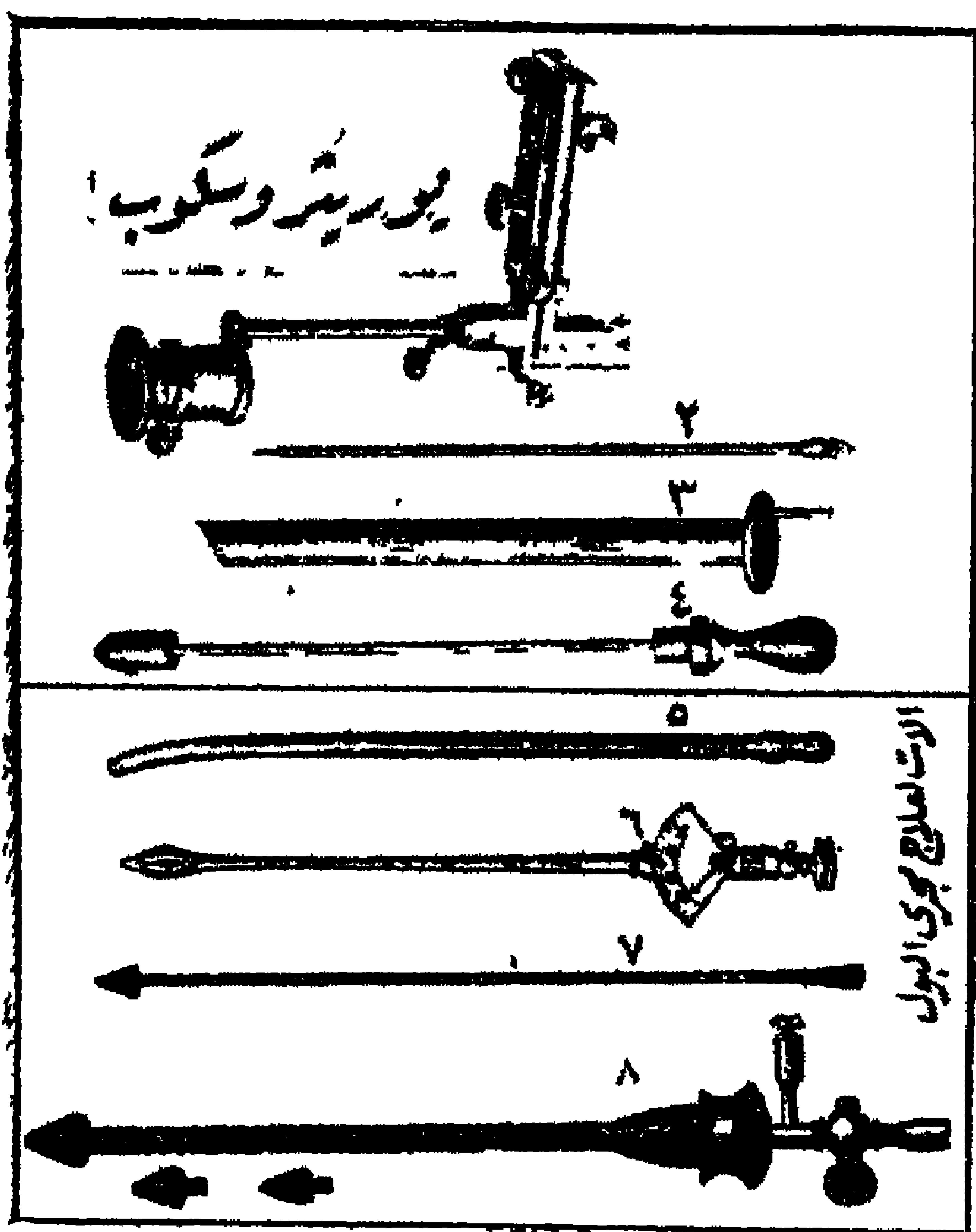
تتبع فى حالات السيلان المزمن التى تكون مختفية ولا تظهر فيها ميكروبات السيلان بأى الطرق المذكورة هى ان نطلب من المريض ان يشرب يومياً كأسين من الويسكى مثلا ليلا و يذهب للمراسح أوالتياترات و يحضر عند طبيبه يومياً لعمل تدليك (ماساح) للبروستاتا بدون ان يغسل مجرى البول ولو مرة واحدة . وبعد ٣ أيام يحقنه بمقدار ٤٠ مليون (جونوكوكن ڤاكسين « ميرك ») او (جونوياترين) او (أرتيجون) ونعمل له ثانى يوم لهذه الحقنة تدليكاً للبروستاتا. و بعد التدليك نأخذ عينة من افراز البروستاتا ونطلب من المريض أن يتبول حالا ونرسب البول ونأخذ الراسب ونفحص افراز البروستاتا وراسب البول فنجد ميكروب السيلان. و يمكن الاستغناء عن التياترو والمرقص بأن يطلب من المريض أن يجرى قليلا أو يلعب العاباً رياضية لمدة ربع ساعة يومياً ونعمل هذه الطريقة للشبان الذين يستشيروننا للزواج مع إعادة الفحص البكتيريولوجي عدة مرات .

وتوجد طرق أخرى لتشخيص السيلان ولكننى أعتقد انها طرق نظرية اكثر منها عملية ، فمثلا يشخصون السيلان بتلقيح الجلد بالميكروب فوق الذراع أو الفخذ كما يفعلون فى تشخيص (مرض السل) بواسطة مادة الـ (تيوبيركيولين) . أو يفحصون الدم للتحقق من وجود السيلان بطريقة تشبه (عملية فازرمان) لتشخيص الزهرى .وعلى العموم فلا بأس من الالتجاء لاستعمال طريقتين أو ٣ طرق بين الواحدة والأخرى مقـدار ١٥ يوماً للتحقق من وجود السيلان عند اى رجل يريد ان يتزوج وقاية له ولعائلته فى المستقبل. مع إعادة الفحص بكل طريقة منها عدة مرات و بين فترات متعددة.

منظار مجرى البول (يوريثروسكوب)

عملية الفحص باليوريثروسكوب

توجد أشكال كثيرة لليوريثروسكوب ولكنها كلها مبنية على نظرية انارة مجرى البول بادخال لمبة صغيرة كهربائية داخله . ومن أبسط الانواع(يوريثروسكوب ڤلينتين) — راجع رسم نمرة ٦٠ — ويتركب من الآلة الكبرى بما فيها (النظارة



(رسم نمرة ٦٠)

(١) منظار مجرى البول للعلامة هايتين (هايتين يوريثروسكوب) وترى به (النظارة المكبرة) بطرفه الايسر واما نصفه الأعلى فهو حيث يتصل المنظار بالتيار الكهربائى . وترى عمودا معدنيا صغيرا وعليه علامة سهم صغير وهذا العمود هو عمود اللمبة الكهربائية مركب في اليوريثرسكوب وتراه كاملا فى شكل (٢) وبه اللمبه . (٣) الماسورة المعدنية وتركب فى اليوريثروسكوب بواسطة العمود الصغير الذى فوق رأس الماسورة ويتصل باليوريثرسكوب عند السهمين الصغيرين (٤) محس صغير يوضع فى الماسورة المعدنية قبل ادخالها بالتقضيب (٥) قسطرة بها فتحات صغيرة في طرفها لغسيل مجرى البول (٦) مقياس مجرى البول للعلامة اوتيس (أوتيس يوريثروميتر) (٧) بولآبوجى مدرج للعلامة جويون (بول آبوجى) (٨) جهاز للعلاج بالتحليل الكهربائى للعلامة (أوبيرلاندر) .



(رسم نمرة ٦١)

ترى فى يمين الرسم صورة الطبيب ناظرا بعينيه (فى نظارة اليوريثروسكوب المكبرة) وترى اليوريثروسكوب موضوعاً داخل قضيب المريض وترى المريض نائما على كرسى الفحص . وترى فى شمال الرسم صورة الجهاز الذى يوصل التيار الكهربائى لليوريثروسكوب ويسمى هذا الجهاز (بانتوستات) وترى سلكا كهربائياً واصلا من هذا الجهاز لليوريثروسكوب . ويمكن الاستغناء عن هذا الجهاز باستعمال لوحة من الرخام بها (اكيوميوليشن أباراتس) او استعمال بطاريات كهربائية قوتها من ٦ الى ٨ فولت ولكننا نفضل استعمال البانتوستات (أونيفيرسال اردشلوس فرابر) . وتوجد أجهزة متعددة مختلفة الأثمان تعطى التيار الكهربائى المطلوب .

وتوجد أنواع اخرى من اليوريثروسكوب اكثر دقة وأدق استعمالا يضيق المقام هنا عن وصفها ويمكن القارىء المحترم مطالعة اوصافها فى الموسوعات الطبية .

المعظمة) — شكل ١ رسم نمرة ٦٠ — ومن اللمبة الكهربائية الصغيرة المركبة على عمود معدنى صغير شكل ٢ رسم نمرة ٦٠ ، ومن (ماسورة معدنية) شكل ٣ رسم نمرة ٦٠ ، ومن عمود معدنى فى طرفه قطعة من المعدن سميكة بشكل اسطوانة طرفها

مخروطى ناعم . وطريقة استعماله هى ان يركب عمود اللمبة فى الآلة الكبرى (شكل ١ رسم نمرة ٦٠) وتوصل هذه الآلة بمصدر التيار الكهربائى، ويمكن استعمال بطاريات كهربائية بقوة (٤ الى ٦ ڤولت) او استعمال الجهاز الذى يسمونه (پانتوستات) والذى يصلونه بالتيار الكهربائى العمومى للمدينة . او لمصدر تيار كهربائى محلى ويوصل اليوريثروسكوپ بهذا الجهاز .

طريقة استعماله — ينام المريض على كرسى الفحص، وتطهر حشفة القضيب ويدخل الطبيب العمود المعدنى (شكل ٤ رسم نمرة ٦٠) داخل الماسورة [1] (شكل ٣ رسم نمرة ٦٠) ويدخل الماسورة بما فيها فى القضيب . ثم يخرج الطبيب العمود المعدنى من الماسورة وينظف داخل الماسورة بواسطة (سيخ) معدنى بطرفه قطعة قطن معقمة . وبعد اخراج هذا السيخ يأخذ الطبيب اليوريثروسكوب وبه عمود اللمبة ويفتح التيار الكهربائى وينير اللمبة للدرجة التى يريدها من الضوء اللازم ويدخل العمود الذى فى طرفه اللمبة داخل الماسورة ويفحص المريض بأن ينظر فى (النظارة المكبرة) التى فى اليوريثروسكوپ . ويرى القارىء صورة الجهاز والطبيب والمريض فى (رسم نمرة ٦١) . ويفحص الطبيب مجرى البول الامامى من اسفله جزءاً فجزءاً ويخرج الماسورة شيئاً فشيئاً حتى يصل لفتحة القضيب الامامية . وننصح بغسل مجرى البول جيداً بطريقة (جانيت) أو بغيرها لتطهير المجرى عقب الفحص. ويوجد يوريثروسكوب لفحص مجرى البول الخلفى . وبما ان الطبيب يحتاج لتتميم علاج مجرى البول وهو يستعمل اليوريثروسكوب فقد ركبوا يوريثروسكوباً للفحص والعلاج معاً والمؤلف يستعمل أحياناً نوع (او بيرلندر) وهو آلة رقيقة دقيقة سهلة الاستعمال، واما ما يراه الطبيب فى مجرى البول عند الفحص فهى القرح السيلانية والارتشاح والحلمات وكل الاورام الصغيرة والكبيرة وأحياناً يكتشف الطبيب عند الفحص بهذه الآلة قرحة زهرية فى اول مجرى البول (وقد استخرجت مرة بواسطة هذه الآلة

(١) تطهر هذه الماسورة جيدا وداخلها العمود المعدنى بواسطة وضعها فى كحول قوى لمدة ربع ساعة ويمكن تطهيرها فى الماء الساخن . ثم يحقن الطبيب بمقدار ٤ الى ٦ جرام محلول (اليبيوم نيتريكوم ٢ فى المائة) او (نوفوكايين ٣ فى المائة) لمنع شعور المريض بالالم .

قطعة مستطيلة من (القلم الاردواز) كان تلميذ يلعب بها فى اول القضيب – كطريقة من طرق العادات السرية – فسقطت منه فى مجرى البول . واستغنينا بذلك عن عملية جراحية بسيطة ولكن نتائجها متعبة) . ولتتميم العلاج بهذه الآلة نستعمل المسى بسوائل مطهرة كاوية كمحلول نترات الفضة او صبغة اليود أو محلول حمض الكروميك وغيرها ، ونستعمل الكى بواسطة ابرة من البلاتين تسخن بالكهرباء (ايليكتريك كوتيرى) وتوجد أنواع من الابر مختلفة الحجم . ونستعمل ماعقة الكحت (كيوريتنج سبون) وغيرها من الطرق . هذا ملخص لطريقة استعمال هذه الآلة وتوجد آلات أخرى تسمى منظار المثانة (سيستوسكوب) وآلات أخرى تسمى منظار الحالب (يوريتيروسكوب) ، وتستعمل فى فحص وعلاج المثانة والحالب وكلها مركبة بنفس نظرية اليوريثروسكوب ، ولكن تحتاج فى استعمالها لتخدير المريض بالكلوروفورم او غيره ويضيق المقام هنا عن وصفها وننصح القارىء بمراجعة تفاصيل استخدام كل هذه الآلات والعلاج بها وما يراه الطبيب عند ما يفحص المريض بها فى مؤلف أكبر من هذا . والآن نتكلم عن العلاجات المختلفة الباقية باختصار لضيق المقام : –

ضيق مجرى البول (ستريكتشر)

ينتج هذا الضيق عادة من السيلان المزمن او من حقن مجرى البول بمحاليل قوية كما يعمل كثير من الشبان عند ما يشترى الواحد منهم جراماً من برمنجنات البوتاسا ويذيبه فى ٢٠٠ جرام او ٥٠٠ جرام ماء ويحقن نفسه به ليتخلص من اصابة بالسيلان الحاد . وينتج من أى علاج سيء او من طرق توسيع الضيق الذى يكون عند بعض المرضى والتى يتبعها بعضهم حينما يدخلون المجسات بقوة فى مجرى البول فيحصل نزيف دموى من تمزيق هذا الضيق تمزيقاً عنيفاً . واحياناً يكون الضيق

موروثًا أى يولد به الشخص[1] بدون ان يكون تعرض للسيلان قط . وأحيانًا يكون نتيجة لمرض آخر كالزهرى او الدرن فى مجرى البول . و يندر جداً حصوله من اصابة أو حادثة (وقد رأيت ضيقًا شديداً عند شاب كان يتبع عادة سرية غريبة وهى انه كان يدخل « يد الريشة » التى كان يكتب بها فى قضيبه لمسافة ٥ أو ٦ سنتى متراً ويحركها للخارج والداخل مراراً فيجد بذلك لذة . واستمر هكذا لمدة ٤ شهور واخيراً حصل عنده التهاب حاد اضطررنا لعلاجه فى ٤٠ يومًا ونتج عن ذلك ضيق شديد على بعد ٥ سنتى متر من فتحة القضيب الامامية) ، وقد رأيت عدة حالات كهذه .

تشخيص الضيق — نستعمل فى تشخيص الضيق المجسات المدرجة ، فيدخل الطبيب المجسات حتى يصل للمجس الذى يلاقى مقاومة فى ادخاله ومنه يعرف الطبيب مقدار الضيق . وليلاحظ دائمًا أن فتحة القضيب الأمامية لاتسمح عادة بادخال مجسًا سمكه اكثر من (٢٤ وحده من وحدات شاريير) فهو يدخل من نمرة ١٧ الى ٢٤ حيث يلاقيه ضيق . و بما أن اتساع مجرى البول على طوله اكبر من اتساع فتحة القضيب الأمامية وتجده يصــل احيانًا الى (٤٠ أو ٤٥ أو ٤٨ وحدة من وحدات شاريير) فان وجد ضيق لدرجة ٣٠ متلا فلا يمكننا ادخال مجس نمرة ٣٠ لأن فتحة القضيب نمرة ٢٤ ولذا فاننا فى هذه الحالة نشخص مقدار الضيق بواسطة آلة يسمونها آلة مقياس مجرى البول (يوريثروميتر) ، ونستعمل نوع (يوريثروميتر أوتيس) - شكل ٦ رسم ٦٠ - وندخله ونقيس به مقدار الضيق . ويمكننا استعمال موسع كولمان (كولمانز ديليتور) - شكل ٣ رسم ٥٧ - وطريقة استعمال الاثنين بسيطة ، إذ ندخل الآلة ونحرك اليد حتى نعرف قيمة الاتساع ويمكن معرفة مقدار الضيق من العقرب الذى يتحرك فوق الأرقام المكتوبة على الآلة . وليلاحظ القارىء انه يقل حصول ضيق فى مجرى البول الخلفى .

طرق التوسيع — (١) بواسطة المجسات العادية : ندخــل المجسات حتى نصل لأكبر اتساع فى هذا الضيق . ونستمر ندخل آخــر مجس يدخل بسهولة

---

(١) هيكه . بورر .

مرات متوالية ثم ندخل اكبر منه ونتركه مدة ١٠ الي ١٥ دقيقة داخل مجرى البول ونخرجه ونكرر هذه العملية ٢ أو ٣ مرات اسبوعياً . ولكن يجب ان لا يحدث الطبيب نزيفاً دموياً يزعج المريض . (٢) بواسطة موسع كولمان (كولمانز ديليتور) ويجدر بنا أن ننبه القارىء الى ان استعمال هذا الموسع هو الطريقة الفنية للتوسيع اذ لا يستعمل الطبيب ضغطاً شديداً فى ادخاله فى « الضيق » بل يدخله وهو مقفول ثم يبتدىء يوسع ببطء ويدله « العقرب » بتحركه مشيراً للأرقام التى على الآلة على مقدار الاتساع الذى وصلت اليه أذرع الآلة التى داخل الضيق . وزد على ذلك أن الطبيب يمكنه أن يدخل محلولاً مطهراً ساخناً داخل المجرى فى نفس الوقت الذى يكون فيه الموسع داخل القضيب وذلك بأن يدخل الطبيب المحلول بواسطة (الماسورة) المعدنية التى يراها القارىء فى رسم موسع كولمان . (٣) بواسطة المجس الكهربائى : هذا المجس يشبه المجس العادى فى شكله ويختلف عنه فى تركيبه بأن الطبيب يمكنه ان يسلط تياراً كهربائياً على المجس ليسخنه ، وقد لاحظوا أن استعمال هذا المجس مع تسخينه وهو داخل مجرى البول يفيد فى شفاء الضيق بسرعة اكبر من استعمال المجسات العادية لأن الاحتقان (هيپريميا) الذى ينتج عن السخونة يساعد [1] كثيراً على امتصاص الخيوط الليفية المتكونة فى « الضيق » . وليلاحظ القارىء أن الحرارة التى نسمح بها لا تتعدى ٥٠° الى ٥٢° قط ويعرف الطبيب مقدارها بواسطة ميزان الحرارة (تيرموميتر) الموجود بالآلة . ويترك المجس فى مجرى البول من ٢٥ الى ٣٥ دقيقة كل مرة وتكرر عملية ادخال هــذا المجس مرتين اسبوعياً . (٤) بواسطة شق « الضيق » بمشرط حاد : ويشقون [2] هذا الضيق عادة من خارج القضيب بواسطة عملية جراحية بسيطة أو يشقون الضيق من داخل مجرى البول بواسطة ادخال مجس به سكين صغيرة فى وسطه وعند ادخال المجس (حتى تكون حافة السكين على الضيق) تحرك يد السكين الخارجية فتتحرك السكين وتشق هذا الضيق . ولكنها

---

(١) روست . كوبيلت . فرانك . برونز .

(٢) ويسمون شق الضيق من خارج مجرى البول وداخله (يوريتروتوميا ايكستيرنا إيه إينتيرنا) .

عملية يصحبها نزيف وغيره وأحياناً لا يلتئم الجرح بسهولة ، وعلى العموم فنحن لانلجأ لها إلا فى انواع الضيق الشديد . ويفضل عمـل الشق للتوسيع باستخدام « سكين الدياتيرمى » إذ لاينتج عنه نزيف مثل السكين العادى .

وقبل ترك هذا الموضوع ننبه القارىء الى انه يجب تعقيم كل هذه الآلات جيداً قبل ادخالها فى القضيب ، ويجب على الطبيب ان يغسل مجرى البول جيداً بمحلول مطهر ساخن مثل (برمنجنات البوتاسا ١ فى ٥٠٠٠) أو البارجين (١ فى ٢٠٠٠) قبل ادخال هذه الآلات . وبعد الغسيل يستحسن أن يحقن الطبيب مقدار ٦ الى ٨ سنتى متر مكعب من زيت معقم قبل ادخال الآلات . وقد يستحسن فى بعض الحالات العنيدة ان يحقن جسم المريض بمادة تساعد على امتصاص الخيوط الليفية التى فى « الضيق » ويستعملون لذلك حقن (فيبروليسين) ويعطون ٨ الى ١٢ حقنة وكل حقنة ٢ الى ٢٫٥ جرام وتعطى كل ٣ أو ٤ ايام . وتوقف الحقن اذا ظهرت على المريض أى اعراض تسمم وأهمها خمول عام وارتفاع فى درجة حرارة المريض وصداع أو ألم شديد بالرأس ويعطى المريض (شربة سلفات الصـودا) أو ما يقوم مقامها وبعض مسكنات الصداع أو الألم .

التهاب البروستاتا (بروستاتيتيس)

تلتهب البروستاتا عادة فى حالة سيلان مجرى البول الخلفى [1] ولذا يجب فحص البروستاتا فى كل حالة سيلان بمجرى البول الخلفى ، وأهم مايستلفت نظرنا فى هذا الفحص هو حالة البروستاتا من تضخم قليل أو تصلب أو ألم أوشكل افرازات البروستاتا التى تخرج بعد تدليك البروستاتا . وتفحص البروستاتا بالطريقة الآتية : ينحنى المريض الى الأمام على كرسى الفحص بحيث يرتكز جسمه على المرفقين والركبتين (ايلبو- نى پوزيشن) . ويلبس الطبيب قفازاً أو أصبعاً من الكاوتشوك وقليـلا من الفازلين

---

(١) وقد لاحظ (فايلش) وغيره من العلماء التهاب البروستاتا فى اكثر من ٩٤ فى المائة من السيلان بمجرى البول الخلفى .

ويدخل أصبعه فى فتحة الشرج ويفحص البروستاتا بلطف حتى لا يسبب ألماً شديداً للمريض، ويطلب من المريض أن يخبره حالا اذا كان يشعر بأى ألم . ويوجه عنايته الى فحص أجزاء البروستاتا على جانبيها وفى وسطها ويلاحظ صلابتها وتضخمها ويجتهد ليعرف ان كان يوجد بعض الصديد فى البروستاتا أو حولها حتى يقوم بفتح الخراج الموجود حالا .وعلى العموم توجد ٣ أنواع من التهاب البروستاتا (١) التهاب البروستاتا الغددى (بروستاتيتيس جلانديولاريس) وهو نوع لا تتضخم فيه البروستاتا ولا تتصلب وكل ما يحصل هو ظهور خلايا صديدية ومخاطية فى افراز البروستاتا الذى يخرج بعد التدليك ولا يكون هذا التدليك عادة مصحوباً الا بألم بسيط جداً (٢) التهاب البروستاتا الجرابى (فوليكيولار بروستاتيتيس) وهو النوع الذى يشعر فيه المريض بألم عند التبول وأحياناً تخرج نقطة أو نقطتان من الصديد عند نهاية البول ويشعر المريض بآلام وأوجاع عند الانتصاب تكون خفيفة أولا ثم تصير شديدة عند انزال المنى. وأحياناً يشعر المريض بأن المنى ينزل عند الجماع بضعف شديد ، ويلاحظ المريض انه عندما (يتبرز) يخرج من القضيب مواداً لزجة وهذه هى بطبيعة الحال مواد منوية أى ان المريض عنده أيضاً سيلان منوى (سبيرماتوريا) . وبفحص البروستاتا يلاحظ الطبيب وجود ارتفاعات وانخفاضات بسطح البروستاتا . وكل ارتفاع أى ورم بسيط يكون بحجم (حبة الفاصوليا) أو (حبة الحمص) ويكون الفحص مصحوباً بألم أقل من الألم الذى يصحب فحص نوع التهاب البروستاتا (بارينكيماتص بروستاتيتيس) ، وهو لا يختلف عن النوع الثانى عند الفحص الا بكون البروستاتا تكون متضخمة ويشعر المريض بألم شديد ويتصور دائماً أنه يريد أن يتبول وربما يصرخ عند الفحص صراخاً متواليًا ويقول « أريد أن أتبول يا دكتور . حالا حالا من فضلك . ألم شديد . خفف ايدك » مع أن الطبيب يفحص المريض فى هذا الوقت بضغط خفيف جداً . والمعتاد ان الالتهاب فى هذه الحالات يكون شديداً ، ولذا يجب أن ينام المريض فى الفراش من ١٠ أيام الى ١٥ الى ٢٠ يوماً ويعالج وهو فى الفراش ، وربما ينتهى الالتهاب بالشفاء وربما يتسبب عنه خراج البروستاتا (بروستاتيك أبسيس) فيحصل ورم فى البروستاتا ويجب فتح هذا الخراج . ونتبع عادة هذه الطريقة : بعد تشخيص

الخراج ندخل منظار الشرج (ريكتال سبيكولوم) فى فتحة الشرج وننظف الشرج بمحلول ساخن (بيكاربونات الصودا ٣ فى ١٠٠٠) ثم نغسل الشرج بمحلول (البارجين ١ فى ١٠٠٠) ثم نفتح الخراج وننظفه من الداخل ثم نغسل داخل الخراج بمحلول نترات الفضة أو البروتارجول جيداً ثم نملأ الخراج بشاش معقم [1] . وتتمم العلاج طبقاً لقواعد الجراحة المعروفة .

وأحياناً ينفتح الخراج بنفسه قبل أن نفتحه بالمشرط ويكون ذلك نتيجة لضغط عضلات البطن عند التبرز (ديفيكيشن) أو لتآكل حائط الخراج نفسه تآكلا شديداً أو يحصل فجأة بدون سبب ظاهر . ويكثر انفتاح الخراج بهذه الاشكال فى مجرى البول ، وأحياناً ونادراً ينفتح فى المستقيم أو فى اتجاهات أخرى وتعالج كل حالة طبقاً لقواعد الجراحة المعروفة . وتكوّن هذا الخراج هو الذى يجعل حالة التهاب أغشية البروستاتا خطرة اذ قد تنتهى بالموت من التسمم الذى ينتج عن انفتاح الخراج فى أغشية الجسم . وقد ينتج عنه ناسور بولى ، أو ارتشاح بولى (يورنيارى اينفلتريشن) . ولاحظ (كاسپر) التهاباً بالأوردة التى خارج البروستاتا (پيرى پروستاتيك فايبيتيس) كنتيجة لالتهاب البروستاتا الحاد ، وقد ينتهى التهاب الاوردة بتكون صديد داخل الأوردة وفى هذا ما فيه من الخطر المعروف .

أما **التهاب البروستاتا المزمن** (كرونيك پروستاتيتيس) فهو عبارة عن أدوار الالتهاب الحاد المتأخرة أى التهاب نصف حاد (صب اكيوت) أو التهاب مزمن مصحوب بالتهاب مجرى البول الخافى المزمن . وأحياناً تصحبه بعض أعراض الالتهاب الحاد قوية أو ضعيفة وأهمها شعور المريض بثقل داخل الحوض (پيلفيس) وثقل أو شبه ألم أو شعور « بنغزات أو شكة الابرة أو غمزة السكين بين المحاين » عند انزال المنى فى عملية الجماع . وعلى العموم يشعر المريض ببعض مايشعر به المريض بالنوراستينيا التناسلية . ولكن أحياناً لا يشعر المريض بأى أعراض قط غير أعراض التهاب مجرى

(١) وقد نصح (ياداسون) بأن نغسل المستقيم (ريكتم) بعد فتح الخراج وتنظيفه بمحلول ساخن (البارجين ١ فى ١٠٠٠) منعا من انتشار عدوى السيلان على سطحه . وهكذا نفعل ايضا اذا انفتح الخراج بنفسه صدفة بدون عملية .

البول الحلقى المزمن . وبفحص البروستاتا لا يشعر الطبيب بوجود سخونة شـديدة بالبروستاتا ولا تكون متضخمة الا قليلاً ولكنها تكون أكثر تصلباً منها فى الالتهاب الحاد ، ويمكن تدليكها فيخرج منها افراز كثير . وبالنظر بالعين المجردة لهذا الافراز ترى كمية من الصديد به ، وبفحصه ميكروسكوبياً نرى خلايا صديدية مختلفة ونرى بعض ميكروبات السيلان وأحياناً غيرها من الميكروبات الاخرى. وأحياناً لا نرى بالعين المجردة شيئاً يذكر، ولكننا نجد ميكروسكوبياً بعض ميكروبات السيلان. وأحياناً لا يخرج افراز قط . وبتهييج المريض بالطرق التى ذكرناها فى صفحتى (٣٢٠و٣٢١) يمكننا اخراج افراز بالتـدليك وترى ميكروبات السيلان عند فحصه [1] . وقصارى القول فان بعض مرضى البروستاتا المزمنـة يصابون بارتفاع فى درجة حرارة جسمهم عند أى اجهاد وخصوصاً عند الافراط التناسلى .

العلاج - نعالج التهاب البروستاتا الحاد بأن نطلب من المريض أن ينام فى الفراش ويتعاطى غذاءاً خفيفاً خالياً من كل التوابل و (البهارات) ويتعاطى بعض العقـاقير التى تعطى من الداخل فى علاج السيلان الحاد ويوقف العلاج الموضعى لمجرى البول طالما توجد عنده أعراض حادة كالالتهاب الموضعى بالبروستاتا أو ارتفاع درجة الحرارة وغيرها ، ويعمل مكمدات ساخنة (بين المحلين) مرة كل ساعتين . ويمكن استعمال المكمدات الكهربائية بواسطة (الثيرموفور) - راجع صفحة ٣٠٠ - ونفضل الجلوس فى حمام ساخن لدرجة ٤٥° او ٤٨° لمدة نصف ساعة يومياً أو حمامين يومياً لمدة ١٥ دقيقة ويلاحظ الطبيب اعطاء (شرب مسهلة) كسلفات الصودا وغيرها لمنع الامسـاك لتسهيل اخراج الغائط . وأما البول فيخرج عادة (بحرقان) ولكن أحياناً يمتنع المريض عن التبول خوفاً ممـا يصحبه من الألم فتمتلىء المثانة ، ويجب فى هذه الحالة ادخال

---

(١) وعلى العموم يمكن الاكتفـاء برؤيا خلايا صديـدية بافرازات البروستاتا لاعتبـار الحـالة التهـاباً بالبروستـاتا اى ان وجود ميكروب جونوكوك عند الفحص الميكروسكوبى غير ضرورى لتشخيص الالتهاب العادى . ولتشخيص التهاب البروستاتا السيلانى نحتاج لرؤية « الاجسام الواوية » اولرؤية الجونوكوك او لتغيرات العضو الايكليكية التى لا تميز الا بخبرة خاصة .

قسطرة [1] فى المثانة لتفريغها ،ولكن يجب تحاشى استعمال القسطرة بقدر الامكان لان ادخال القسطرة مع أن مجرى البول يكون ملتهباً يعرض المريض لالتهابات تصيب الخصية أو البربخ .ونعطى المريض أدوية لتخفيف الالم فى شكل اقماع (صبوزيتوريز) بها قليل من المورفين والبيلادونا أو أقماع الأفيون . واذا كان الالتهاب لا يخف باستعمال العلاج السابق فنلجأ لاستعمال حمامات ساخنة للبروستاتا بواسطة ادخال مرطبة البروستاتا (بروستاتا كيله) — شكل ٦ رسم ٥٨ — فى فتحة الشرج حتى ترتكز على البروستاتا ونسلط على هذه الآلة تياراً من الماء الساخن لدرجة ٤٠° الى ٤٥° الى ٥٠° ونتركه يجرى داخل « المرطبة » لمدة ١٥ دقيقة الى ٢٠ الى ٢٥ دقيقة يومياً فيساعد جداً على شفاء الالتهاب . وبعد ذهاب الالتهاب نبدأ بتدليك البروستاتا كما وصفناسابقاً ولكن هنا ندلك تدليكا خفيفاً جداً لمدة دقيقة او دقيقتين اولا وهكذا كل يومين ونزيد مقدار وقوة التدليك تدريجياً.وليلاحظ الطبيب أهمية غسيل مجرى البول جيداً بمحلول مطهر عقب كل تدليك منعاً لانتشار العدوى بالميكروبات الخارجة من البروستاتا على سطح مجرى البول . ويستمر هذا العلاج بضعة أسابيع لتخليص المريض من الميكروبات وظهور الصديد.وأحياناً يحدث للمريض التهاب فجائى فنوقف العلاج الموضعى . ويكتفى بالعلاج العام السابق الذكر مع استخدام الفاكسين كما سيأتى حتى يذهب دور الالتهاب ، وهو يذهب عادة فى يومين أو ٣ ايام ويعود الطبيب للعلاج الموضعى .وفى هذه الحالة ننصح باستعمال أقماع (أمونيوم صلفو إيشتيول ٢٥ سنتى جرام . زبدة الكاكاو ٢ جرام . لقمع واحد . جهز ١٠ اقماع ، يلبس قمع بالشرج يومياً قبل النوم) . وغنى عن البيان أن نذكر أنه بعد ذهاب الالتهاب فى دور التهاب البروستاتا الحاد يجب معالجة مجرى البول ايضاً مع معالجة البروستاتا ، وهكذا نفعل أيضاً فى علاج التهاب البروستاتا المزمن . ولا بأس من معالجة البروستاتا علاجاً كهربائياً ، ويستعملون كهرباء فارادای (فاراديزيشن) و (جالفانيزيشن) و (هاى

---

(١) وقبل ادخال القسطرة نغسل مجرى البول جيداً بمحلول (البارجين ١ فى ٣٠٠٠) ثم نحقن مقدار ٥ الى ٦ جرام محلول (ألبيينوم نيتريكوم ٢ فى المائة) لتخفيف الألم ، وبطبيعة الحال نفضل استعمال قسطرة رخوة من الكاوتشوك .

فريكوينسى إيليكتريك كارنت)،وقد نصح بعض الاطباء [1] بمعالجة تضخم البروستاتا الذى ينتج عنه انحباس فى البول (أو بستركشن) — ولو لم يكن هذا التضخم ناتجا عن التهاب سيلانى - بواسطة تيارات كهربائية مغنطيسية قوية (اينتينسيف ماجنيتيك ويفز) أو بواسطة « الدياثيرمى ».هذا هو ملخص العلاج الموضعي للبروستاتا وتتم هذا العلاج عادة بالعلاج بالڤاكسين ، ونفضل الـ (أوتوڤاكسين) وعند تعذر الحصول عليه يمكننا أن نستعمل الانواع الجاهزة بالسوق،ونفضل استعمال (جونارجين) وتتم العلاج باستعمال (فيلاكوجين « بارك دافيز وشركاهم ») - راجع صفحة ٣١٣ - ولاحظت نتائج مشجعة من استخدام العلاجات الرافعة لدرجة حرارة الجسم مثل حقن اللبن « أولان » أو حقن « تير بيشين » . ونذكر القارىء أن كل هذه العلاجات يجب أن تصحب بعضها و بطبيعة الحال يقرر الطبيب طريقة العلاج وما يستحسنه طبقاً لما يراه عند كل مريض من العلامات الاكلينيكية .

الالتهاب السيلانى بالخصية وبالبربخ وبقناة نقل المنى (جونوريال اوركيتيس أند أپيديديميتيس أند - ديفيرينشيتيس) قلنا فى صفحة ٢٦٣ أن العدوى « تصل للخصية عادة عن طريق قناة نقل المنى ولكن هذا أندر من الطريقة السابقة » وهذا هو رأى المؤلف . ولكن بعض العلماء [2] يعتقدون عكس ذلك و يظنون ان العدوى تصل للخصية والبربخ عن طريق قناة نقل المنى . وقد لاحظ (اولمان) وصــول العدوى لهذه الاعضاء عن طريق الأوعية الدموية والليمفاوية . ولكن المؤلف بنى اعتقاده هذا على ملاحظاته الشخصية إذ لاحظ فى حالات كثيرة التهاباً شديداً أو ضعيفاً بالبربخ وأحياناً بالخصية عقب التهاب مجرى البول الأمامي بمدة ٤ أو ٦ ايام فقط ولم يسمع من مرضاه أى شكوى يستنتج منها وجود التهاب بقناة نقل المنى. وعلى

---

(١) Ralf Creasy: Treatment of Enlarged Prostate (by Static Electricity): Practitioner, Sept, 1922.

(٢) شيندلر . ليف . أوبينهيم .

العموم فان ثبت هذا الرأى أو ذاك فلا يتغير موقف المريض . فبعد تشخيص [1] الالتهاب السيلاني بأى واحد من هذه الاعضاء نعالجه حالا .

فعندما يلتهب عضو من هذه الاعضاء يجب أن يستريح المريض فى الفراش راحة تامة ، ويمنع الصفن - الكيس -(سكروتم) من أى حركة بأن توضع حوله (مخدات صغيرة)،أو يستعمل المريض جهاراً صغيراً من قطعة خشب مكسوة بالقطن والقماش وفى وسطها فتحة بشكل نصف دائرة متسعة ويوضع هذا الجهاز على فخذي المريض ليرتكز عليه الصفن . واذا كان الالتهاب حاداً فنضع مكمدات ساخنة [2] على العضو المريض ويمكن استعمال (التيرموفور) بدل المكمدات الساخنة . واما فى الحالات التى تكون مصحوبة بألم شديد فنضع كيساً مملوءاً بالثلج فوق العضو الملتهب ، فقط يلاحظ الطبيب اهمية وضع طبقة من القماش القطنى او قطعة (كستور) بين كيس الثلج والجسم منعاً لحدوث غنغرينا (جانجرين) بالجلد من البرودة الشديدة . وبعد ذهاب الالتهاب الشديد يمكننا أن نستبدل [3] الثلج بمكمدات ساخنة منعاً لتكون خيوط ليفية نتيجة للارتشاح الالتهابي [4] . واذا لم يخف الألم كثيراً فربما نضطر لاعطاء

---

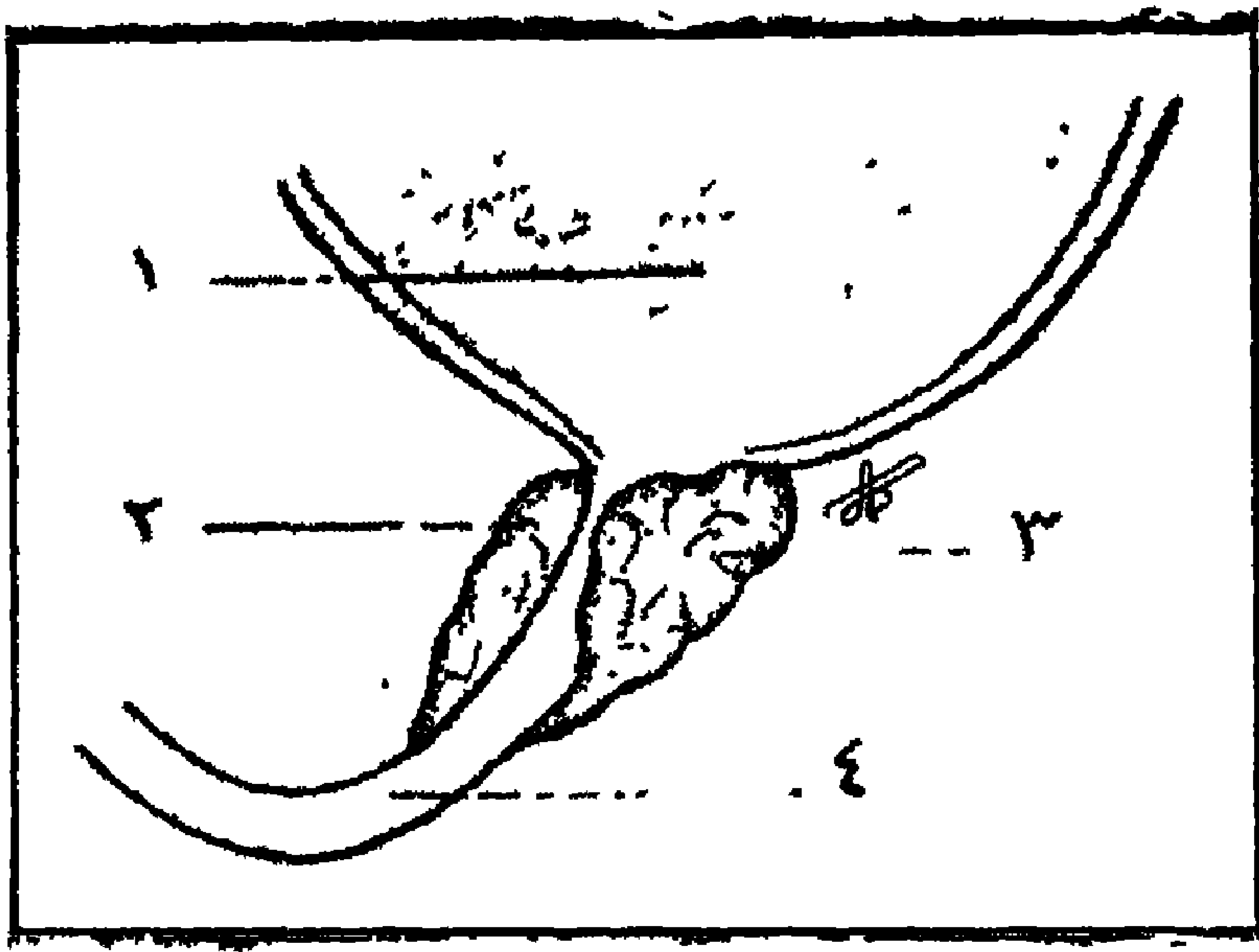
(١) يمكن القارىء مراجعة هذا التشخيص بمؤلفات اطول من هـذا وننصحه بمراجعة المقال الآتى لما فيه من الملاحظات الطبية عن تشخيص زهرى البربخ من سيلان البربخ وغيره : —
Syphilis of the Epididymis: Brit. Journ. of Dermat. & Syphilis, Fraser; June 1922.

(٢) ويمكن استعمال مكمدة انتيفلوجيستين ، لانها توفر مشقة تكرير المكمدات الساخنة على عائلة المريض.

ويظن (برونز) ان المكمدات الباردة في مثل هذه الالتهابات السيلانية افضل ومسكنة للألم اكثر من الساخنة .

(٣) فوسيدلو . فينجر وغيرهم .

(٤) ولتتميم العلاج ومنعاً لتكون عقد بالبربخ او قناة نقل المني وتحاشيا من حصول تصلب بالخصيه يجلس المريض في حمام ماء ساخن بدرجة ٤٠° او ٤٥° أو ٥٠ أو ٥٥ لمدة نصف ساعة يومياً وبعد الخروج من الحمام يلف الصفن بقطعة من القماش مفروش فوقها مرهم (ايشتول ١٠ وفازلين ٩٠ جرام) . وربما يحصل بعض التسلخ الخفيف فى جلد الصفن من هذا المرهم ولكنه تسلخ بسيط ليس له نتائج سيئة وفقط يوقف الطبيب هذا المرهم وينصح باستعمال مرهم بوريك واوكسيد الزنك .



(رسم نمرة ٦٢)

التهاب البروستاتا : (١) المثانة (٢) الجانب الايسر للپروستاتا فى حالتـــه الطبيعية (٣) الجانب الايمن للپروستاتا ملتهباً متورماً (٤) مجرى البول.

المريض بعض المسكنات كحقن تحت الجلد وربما اضطررنا لاعطائه بعض المنومات مثل برومير اليوتاسا (پوتاسيوم بروميد) او (ڤيرونال) ، وقد لاحظت تحسناً كبيراً فى الحالة العمومية من اعطاء المريض برشام (أسپيرين ١٥ سنتى جرام . سترات الكافيين ٥ سنتى جرام . يوريترو پين ٣٠ سنتى جرام . فى برشامة واحدة ٣ مرات يومياً بعد الاكل) ،ولما يكون الالتهاب شديداً لا نعطى المريض غير أدوية مطهرة من الداخل ولا يجوز معالجة مجرى البول موضعياً و يستمر العلاجان معاً . ولكن لا يجوز ادخال الآلات بمجرى البول الا بعد انتهاء التهاب الخصية او البربخ او قناة نقل المنى انتهاءاً تاماً منعاً لحدوث انتكاس ورجوع التهاب هذه الاعضاء من استعمال الآلات. و ينصح الطبيب مريضه عند تركه الفراش بأن يلبس « كيساً رافعاً » ليقى الخصيتين والبربخ شر الحركة وليريح هذه الاعضاء . وعلى العموم نستحسن ان يلبس كل مريض بالسيلان كيساً رافعاً حتى يتم له الشفاء .

ويجب عمـــل علاج الفاكسين كما وصفناه . وقد نصحوا [١] باستعمال حقن (ايليكتر أرجول) أو (فولمارجين) فى العضلات . فيحقن المريض كل ٣ أو ٤ ايام حقنة بمقدار ٥ سنتى متر مكعب ايليكترارجول ، أو يحقن يومياً حقنة فولمارجين بمقدار ٥ سنتى متر مكعب فى الوريد وأفضل استعمال فولمارجين عن غيره . ويعتقد (ماك دوناخ) ان ايليكترارجول فى هذه الحالات يفيـــد اكثر جداً من استعمال الفاكسين . ولاحظت ان « الارتيجون » وريدياً يعطى نتائج مشجعة .

وتوجد طرق غير هذه لعلاج البربخ يضيق المقام هنا عن شرحها واهمها طريقة « بذل البربخ » (پنكشر أوف ذى ايپديديميسيس)[٢] . وطريقة « اللف بالمشمع » (هيفت فلاستر أينقيكلونج)[٣]

وارانى هنا مضطراً لذكر شىء عن العقم (ستيريليتى) الذى ينتج عن السيلان ، وأسباب هذا العقم هى التهاب الخصية و البربخ فى اكثر الاحوال . فاذا التهب بربخ واحد فلا يمنع ذلك من نجاح النسل.واذا التهب البربخان ونتج عن ذلك انسدادفي الاوعية التي تنتقل فيها الحيوانات المنوية(سپيرماتوزوا)فيتسبب عن ذلك عقم تام.ولكن اذا لم ينتج عن الالتهاب انسداد بهذه الأوعية فلا ينتج عقم ما الا اذا كان حصل التهاب بالخصيتين فى نفس الوقت فقد ينتج العقم . وقد لاحظت حالات حصل فيها التهاب شديد بالبربخين ولم ينتج عند اصحابها عقم ما .

وقبل ترك هذا الموضوع نذكر القـــارىء بضرورة تتميم علاج مجرى البول وما يصحب التهاب البربخ أو الخصية من التهاب البروستاتا وغيرها .

---

(١) بريند له . فيرت . باكوشر وغيرهم .

(٢) بيرمان . شيندلر . ادريان . ايرنيست وغيرهم .

(٣) فريكه . شوانز .

التهاب الحويصلات المنوية

سپيرماتو-يسيتيس

لا يحصل هذا الالتهاب عادة الا بصحبة التهاب البروستاتا او البربخ . واعراضه التى يشكو منها المريض هى اعراض التهاب البروستاتا تقريباً وتزيد عنهـا يكون المريض يشكو من ألم عند الانتصاب ومن ألم شديد عند الجماع وخصوصاً عند الانزال ، ويتذمر كثيراً من (الاستحلام ليلا) مرات متوالية . وبفحص الحويصلات يشعر الطبيب بكيسين صغيرين على جانبي البروستاتا ويتألم المريض للمسهما ، وبتدليكهما يخرج افراز منوى واحياناً يكون افرازاً منوياً دموياً ويراه الطبيب هكذا بالعين المجردة ، وبفحصه ميكروسكوبياً يرى حيوانات منوية حية او مريضـة لا تتحرك كثيراً او ميته بدون رأس أو ذيل أو خلايا صديدية وأحياناً يرى ميكروبات السيلان . ويستمر التهاب الحويصلات زمناً طويلا . وفى شدته ترتفع درجة حرارة المريض وينتهى بأن يصير التهاباً مزمناً . وأحياناً يزيد الالتهاب فتمتلىء الحويصلات بمواد صديدية ونضطر لفتحها كخراج لتنظيفها ونفتحها من المستقيم أو من « العجان » (پيرينيم) أو من أى محل آخر . وأما علاج هذه الحويصلات العادى فهو يشـبه علاج البروستاتا حرفاً بحرف وفقط نعطى المريض مقادير متوالية من بروميد البوتاسا أو الكافور منعاً للانتصاب لأنه مؤلم جداً .

التهاب المثانة السيلانى

(جونوريال سيستيتيس)

يكثر حصول هذا الالتهاب كنتيجة مباشرة لانتشار العدوى للمثانة من مجرى البول الخلفى او لوصول العـدوى بميكروب السيلان من التهاب مجرى البول الامامى بواسطة الاوعية الدموية او الليمفاوية ، وأحياناً تصل العدوى للمثانة من ادخال الآلات الطبية بدون عناية أو فى أدوار لا يسمح فيها العلم ولا الطرق الفنية بادخالها.

وأهم الاعراض التى يشكو بها المريض هى رغبته فى التبول كل بضع دقائق وشعوره بامتلاء المثانة دائماً مع عدم وجود أكثر من ١٠ الى ١٥ جرام من البول فيها . ويشعر (بحرقان وألم) فى منطقة المثانة ويزيد هذا (الحرقان) عند القرب من الانتهاء من التبول . وأحياناً يزيد هذا الالم لدرجة يتسبب عنها انحباس فى البول (ريتينشيو يورينى) ونضطر لاستعمال القسطرة لاخراج البول . ويشعر المريض بصداع وتضعضع عام فى قوى جسمه وارتفاع فى درجة حرارته خصوصاً اذا وصلت العدوى للاغشية العميقة فى حائط المثانة او اذا وصلت من هذه الأغشية للبريتون بالبطن حيث تبتدىء تظهر اعراض التهاب البريتون الموضعية (لوكال پيريتونيتيس) ونشخص الحالة أولا بالاعراض التى يشكو منها المريض وبطريقة الثلاث كاسات . وأفضل هذه الطريقة : — يتبول المريض قليلا من البول أى مقدار ٨٠ الى ١٢٠ جرام أولا ثم يغسل الطبيب مجرى البول الامامى جيداً ثم يتبول المريض فى كأسين فان كان الكأس الثانى رائقاً نظيفاً فتكون المثانة غير مريضة وان كان معكراً فتكون المثانة متسخة . وان وجدت أجسام صغيرة بشكل[1] الضمة (،) فى بول المثانة المعكر فتكون الحالة حالة التهاب المثانة والبروستاتا لأن وجود هذه الاجسام فى البول من مميزات التهاب البروستاتا . وأحياناً نلجأ لتعديل هذه الطريقة فبعد أن نغسل مجرى البول الامامى يتبول المريض مقدار ٣٠ الى ٤٠ جرام فى كأس ثم نغسل مجرى البول الامامى مرة ثانية ثم ندخل قسطرة (كاوتشوك) بالمثانة ونأخذ البول الذى يخرج من المثانة نفسها فى كأس معقم وبفحصه نجد كميات من ميكروب السيلان. وفى الحالات المزمنة لا نجد أحياناً ميكروب السيلان ، ولكن بطرق التهييج (صفحة ٣٢١) يمكننا أن نهيج المريض فتظهر الميكروبات داخل المثانة، وأهم ما نستعمله منها فى هذه الحالة هو حقن المريض بالفاكسين . وننبه القارىء الذى يستعمل طريقة الكاسات فى التشخيص الى أن اضطراب لون البول يكون أحياناً ناتجاً من وجود املاح او من وجود كمية هائلة من الميكروبات الأخرى بالمثانة واهمها ميكروب

---

(١) يعبرون عن شكل هذه الاجسام الصغيرة بالانجليزية هكذا Comma shaped bodies

(كولاى كوميونيس) الذى يخترق حائط المثانة فيدخل المثانة وهو آت من الامعاء وليس كنتيجة لعدوى خارجية . وعلى ذلك يجب فحص هذا البول قبل الحكم فى حقيقة تشخيص الحالة . وأخيراً يمكن الالتجاء لآلة منظار المثانة (سيستوسكوب) لفحص داخل المثانة فى الحالات الدقيقة التى لا يمكن تشخيصها بأى طريقة أخرى .

العلاج - لما يكون التهاب المثانة شديداً يلزم المريض فراشه وتعمل له مكمدات ساخنة او توضع على المثانة مكمدة (أنتيفلوجيستين) او نستعمل له التسخين بواسطة الثيرموفور . ويستحسن جلوس المريض فى حمام ساخن مدة ٢٠ الى ٣٠ دقيقة يومياً أيضاً . ويأ كل غذاء خفيفاً خالياً من التوابل والبهارات ولا يتعاطى خموراً قط . ونعطيه أدوية مطهرة من الداخل (صفحة ٢٩٠ الى ٢٩٢) وننصحه بتعاطى ٣ كبايات من مغلى ورق (عنب الديب) او مغلى (شواشى الذرة) حتى يقل الالتهاب الحاد ويتم ذلك فى مدة ٨ الى ١٦ يوماً . ونبتدىء فى علاج المثانة الموضعى وهو يتركب من تنظيف المثانة اولا بغسلها بطريقة (چانيت) ٣ مرات يومياً ثم بعد ذلك ندخل قسطرة رخوة فى المثانة وندخل بواسطة هذه القسطرة ١٠٠ الى ١٥٠ جرام من محلول مطهر قوى مثل (نترات فضة ١ فى ٣٠٠٠) او (برمنجنات البوتاسا ١ فى ٣٠٠٠) أو البارجين (١ فى ١٥٠٠) ونخرج المحلول حالا ثم ندخل مثل هذا المقدار ثانية ونخرجه حتى يخرج المحلول رائقاً فينتهى الغسيل . ونعيد هذه العملية يومياً حتى يشفى المريض . فقط ليلاحظ القارىء اننا نزيد قوة المحلول الذى نستعمله كل ٣ او ٤ ايام حتى يشفى المريض . ويمكن استعمال طريقة « جويون » (صفحة ٣٠١) فى تتميم علاج المثانة . ويمكن استعمال الحقنة (شكل ٣ رسم نمرة ٥٨) لحقن محلول كوللارجول ١ فى المائة) داخل المثانة وقد لاحظت لهذه الطريقة نتائج جيدة . ويمكن استعمال محلول (پروتارجول ٣ الى ٥ فى ١٠٠٠) وغيره من الاملاح التى ذكرناها سابقاً . وقد لا يخلو استعمال الفاكسين فى علاج المثانة من فائدة ولذا لا يوجد مانع يمنع من استعماله . وطبعاً يقوم الطبيب فى نفس الوقت بمعالجة مجرى البول وما يصحب التهابه من المضاعفات الاخرى . ولوحظ انه اذا وصلت العدوى للمثانة فقد تصل للحالب (يوريتير) ومنه للكلى . فاذا حصل التهاب فى الحالب أو

فى الحالب والكلى فيجب معالجة ذلك بعد تشخيص الحـالة ونعالجهما أولا باعطاء أدوية مطهرة من الداخل وقد نضطر لاستعمال قسطرة الحالب لتشخيص الحالة وعلاجها وهذه عملية دقيقة وفى الواقع لا نلجأ اليها عند معالجة السيلان الا فى الحالات النادرة الدقيقة لأننا نضطر عند ما نريد ادخال قسطرة بالحالب لاستعمال (١) منظار المثانة أو منظار الحالب وفى هذا ما فيه من المشقة التى يجب توفيرها على المريض الا عند الضرورة القصوى .

وأما اذا وصل الالتهاب للكلى فيجب أن ينام المريض فى الفراش حالا ولا يتعاطى إلا غذاء لبنياً ونعطيه أدوية مطهرة من الداخل ايضاً ولكن بتحفظ . وأحياناً يصل التهاب الحالب والمثانة لدرجة تضطرنا للالتجاء لطرق جراحية .

هذا هو ملخص لعلاج السيلان وقبل تركه ننبه القارىء الى وجود غدد على طول المجرى فيجب الاهتمام بها وبتنظيفها من المواد الصديدية وتجب العناية بغدد (ليتريه) وغدد (كاوبر) التى تلتهب احياناً وذلك بأن تعمل فوقها مكمدات ساخنة أو نستعمل لها التسخين بواسطة (الثيرموفور) وندلك فوقها مرة كل يومين . وأحياناً يحصل التهاب خارج مجرى البول وينتج عنه **ارتشاح خارج مجرى البول** (پيرى يوريترال اينفيلتريشن) ونعالج هذا بالمكمدات الساخنة أو بالثيرموفور ايضاً . وأحياناً ينتهى هذا الارتشاح بتكون **خراج خارج مجرى البول** (پيرى يوريترال أبسيس) ونضطر لفتح هذا الخراج جراحياً وننظفه . وأحياناً ينتهى الارتشاح بالشفاء بمجرد العلاج بدون جراحة . واذا أردنا ان ننبه القارىء للاهتمام بشىء فلا نرى أهم من تنبيهه الى تنظيف وتطهير ومعالجة الحفرة الزورقية (فوسسا نافيكيولاريس) - ١٢

(١) ننصح القارىء بمراجعة المقالة الآتيـة لما فيهـا من نقط فنية وتاريخيـة
Die diagnostische Bedeutung des Katheterismus der Ureteren, von Leopold Casper, Berlin 1896.

ويراجع ايضا

Die chronische Gonorrhoe der männlichen Harnrohre und ihre Komplikationen. von Oberländer u. Kollmann, Leipzig 1910.

رسم نمرة ٥٠ – التى كثيراً مايهملها بعض الاطباء عند معالجة السيلان فتبقى كمخزن هائل لتوريد ميكروب السيلان باستمرار لمجرى البول ويمكن فحصها ومعالجتها عند اللزوم بواسطة اليوريثروسكوپ اذا احتاج الحال لذلك .

سيلان المستقيم (ريكتال جونوريا)

(السيلان الخلفي)

تصاب فتحة الشرج والشرج (اينس) والمستقيم (ريكتم) بالسيلان من الجماع الغير الطبيعي ، ويصاب احياناً بعض الأولاد بهذا السيلان نتيجة لوقوعهم فريسة بين ايدى بعض الاشخاص المصابين باللواطة . وتصاب النساء بهذا النوع من السيلان من الجماع الغير الطبيعى أو من انتقال العدوى لفتحة الشرج بواسطة الصديد السيلانى الذى ينزل من فتحة المهبل كثيراً فيصل لفتحة الشرج عندهن .

وأحياناً تصل العدوى للمستقيم من انتشار الميكروبات من البروستاتا للاغشية المحيطة بها للمستقيم عند الرجال . أما عند النساء فانها تنتشر أحياناً من (غدد بارتولين)

ولوحظ ان ثلث عدد النساء المصابات بالسيلان يصبن بسيلان المستقيم[1] . ويكثر سيلان المستقيم بطبيعة الاخلاق والعادات عند العاهرات ولو أنه يصيب كثيراً من غيرهن من المتزوجات والشابات . وأعراضه هى بعض (حرقان) وألم فى فتحة الشرج خصوصاً عند التبرز . ونزول مواد صديدية من فتحة الشرج واحياناً تنزل هذه المواد الصديدية مصحوبة ببعض نقط من الدم . ولاحظت أن اكثر المريضات يصبن بالامساك (كونستيپيشن) لامتناعهن عن التبرز خوفاً مما يتوقعن من الألم عند

(١) لاحظ (بير) فى فرانكفورت ان ثلث النساء المريضات بالسيلان عندهن سيلان المستقيم . ولاحظ (شميدت) فى ستوكهولم ٢١ر٦ في المائة من المريضات بالسيلان مصابات بسيلان المستقيم . ولاحظذلك (جوليان)في ٣٣ في المائة في باريس . ولاحظ ذلك (ايشهورن) في ٣٠ فى المائة من مريضات برلين وشارلوتينبورج ، ولم يمكنني الحصول على احصائيات عن مستشفيات القاهرة ولكن ما لاحظته فى عملى الخاص فى اكثر من عشر سنوات جعلنى اعتقد ان اقرب نسبة للصواب هى نسبة «جوليان» لأنى وجدت النسبة ٣٦ فى المائة .

التبرز . و بفحص المريض أو المريضة نرى فتحة الشرج ملتهبة متورمة قليلا ، لونها احمر وعليها بعض نقط صديدية وعند النساء توجد فى اكثر الحالات التهابات فى جلد العجز حول فتحة الشرج وربما تصل هذه الالتهابات لدرجة تكوين (اكزيما) حول فتحة الشرج من نزول الصديد المتوالى على الجلد . واحيانًا لانرى صديداً من الخارج ولكن عند ادخال منظار المستقيم (ريكتال سپيكيولم) فى فتحة الشرج نرى كميات صغيرة أو كبيرة على حائط الفتحة وداخل المستقيم . و بفحص عينة من هذا الصديد ميكروسكوپيًا نرى ميكروبات السيلان داخل الخلايا أو خارجها حسب دور الالتهاب ونرى ميكروبات اخرى كثيرة وجودها طبيعي فى العينات المأخوذة من هذه المواضع . وأحيانًا نرى ميكروبات أخرى وجودها هنا غير طبيعي ولذا نقول أنها عدوى مركبة من السيلان وغيره .

وفى الحالات المزمنــة نفحص المستقيم بواسطة منظـار المستقيم الـكهربائى (ريكتوسكوپ) فنرى سطح المستقيم المخاطى محمراً وملتهبًا وأحيانًا متورمًا ، وأحيانًا نرى قرحًا سيلانية أو قرحًا وحلمات أو اورام . وأحيانًا نكتشف صدفة قرحة زهرية أيضًا على حائط المستقيم كنا نعجز عن رؤياها بأى طريقة أخرى . ويتسبب هذا السيلان فى « ضيق » فى المستقيم ونكتشف هذا الضيق عند ادخال بعض الآلات أو بادخال الاصبع . وأما **العلاج** فيتركب بالاجمال من معالجة السيلان الاصــلى الموجود عند السيدة بالمهبل أو بالمهبل والمثانة . . . الخ ثم نغسل الفرج والعجز وفتحة الشرج جيداً بمطهر ساخن ونفتح الشرج بواسطة (ريكتال سپيكيولم) ونغسل الشرج والمستقيم جيداً بمحلول مطهر ساخن مثل محلول (البارجين) أو محلول (پرمنجنات البوتاسا) أو محلول (ايشتارجان) ونكرر هذه العملية مرتين يوميًا و بعد ذلك نستعمل محلولا قابضًا وهكذا كما قلنا فى علاج مجرى البول . ونمس القرح ونستعمل السكين الكاوية فى قطع الحلمات الصغيرة وهكذا نكمل العلاج بالڤاكسين وغيره من الطرق الكهربائية اذا احتاجت الحالة طبقًا لنظريات عــلاج السيلان السابقة الذكر . وقد لاحظت أن سيلان المستقيم لا يشفى بسرعة مهما كان العلاج متينًا فنيًا .

السيلان عند النساء

لانصاب المرأة بمرض فى حياتها أخطر عليها وعلى جمالها وشكلها وصحتها وهنائها من السيلان . فالسيلان النسائى ينتشر غالباً للاعضاء التناسلية الداخلية عند المرأة فى أكثر الحالات التى يحصل فى علاجها وهى فى دورها الحاد أى اهمال . واحياناً ينتشر المرض لهذه الاعضاء رغماً عن عناية الطبيب والمريضة فيصل للرحم وبوق فلوپ والمبيض وغيرها (ننصح القارىء بدراسة رسم نمرة ٥٤ جيداً قبل مطالعة هذا الباب)

وقد قرر « ڤولبارست » أن ٧٥ الى ٩٠ فى المائة من جميع العمليات الجراحية بالجهاز البولى التناسلى النسائى يعود لمرض السيلان ، وأن ٧٠ فى المائة من المتزوجات اللواتى يشكين من اضطرابات فى الاعضاء الحوضية أصبن من أزواجهن بدون ذنب بمرض السيلان . ولاحظت أن هذه النسبة الأخيرة مرتفعة قليلا عما رأيته فى عملى ولو أننى اعتقد ان النسبة الاولى قد تكون أقل من الحقيقة .

سيلان مجرى البول — كانوا يظنون سابقاً أن مجرى البول لايصاب بالسيلان بكثرة مثل المهبل ولكن العلماء يعتقدون الآن أن مجرى البول يصاب فى اكثر حالات السيلان [1] . وأما اعراض سيلان مجرى البول فتبتدىء تظهر بعد وصول العدوى المجرى بيوم أو يومين وأحياناً ٤ أيام ونادراً تصل مدة دور الحضانة

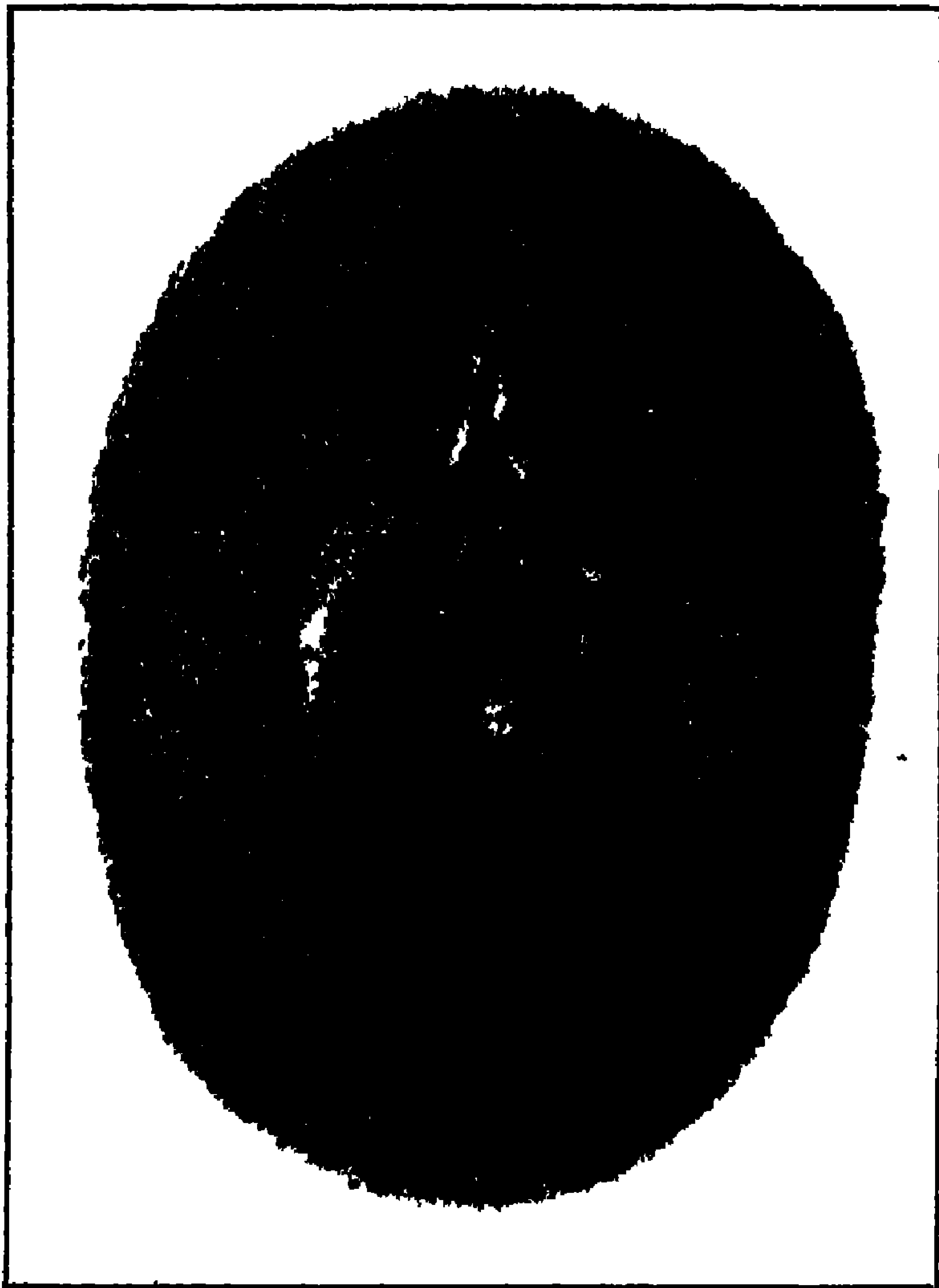
---

(١) وبمراجعة احصائيات (كلين) نرى النسبة الآتية فى حالات سيلان النساء : سيلان مجرى البول الحاد ١٠٠ فى المائة . سيلان مجرى البول المزمن ٦٢ الى ٩٥ فى المائة . سيلان الفرج ١٢ الى ٢٥ فى المائة . السيلان بغدد بارتولين ٣٠ فى المائة . سيلان المهبل ٢٣ الى ٤٠ فى المائة . سيلان عنق الرحم (جونوريال سيرفيسيتيس)٤٧ الى ٧٢ فى المائة . سيلان الرحم ١٤ الى ٥٠ في المائة . سيلان بوق فلوب ٣٠ الي ٣٣ في المائة .

اما (يانوفسكي) فقد لاحظ ان مجرى البول يصاب بالسيلان بنسبة اقل لانه وجد سيلان مجرى البول في ٢٨٦ امرأة من ٧٥٠ امرأة مريضة بالسيلان .

والمؤلف لاحظ ان مجرى البول النسائي يصاب في مصر بنسبة اقل من النسبة التي يصاب بها هذا المجرى في اوروبا ، وتعليل ذلك بسيط ويعود الى ان اكثرية النساء المصريات تعمل لهن عملية الطهارة — بتر البظر — فتقل كمية الاحتكاك بفتحة مجرى البول عند الجماع.

الى ٨ أيام أو ١٥ يوماً . وتبتدىء المريضة تشعر بالتهاب (وحرقان) عند فتحة مجرى البول الامامية ويزيد هذا الحرقان عند التبول وتشعر برغبة شديدة للتبول من حين لآخر . وبفحصها نرى فتحة مجرى البول ملتهبة محمرة ومتورمة قليلا ونرى قليلا أو كثيراً من الصديد خارجاً من هذه الفتحة وبطريقة الفحص بالكاسات نرى بول الكأس الاول معكراً . وأحياناً نرى صديداً خارجاً من فتحة مجرى البول ولكننا اذا وضعنا أصبعنا فى المهبل وضغطنا على حائط مجرى البول من الخلف الى الأمام فيخرج مقدار من الصديد بارز عند فتحة المجرى . وبفحص الصديد نجد ميكروب السيلان



(رسم نمرة ٦٣)
التهاب سيلانى بغدة بارتولين اليمنى وهو مصحوب بالتهاب سيلانى بمجرى البول مع تورم فى فتحة مجرى البول الأمامية وفى الشفرين الصغيرين (شيفر).

به فى أكثر الحالات . وأحياناً تلتهب (غـدد بارتواين) فينتج عن ذلك ورم فى الشفرين يكون ظاهراً بالجهة اليمنى (راجع رسم نمرة ٦٣) أو اليسرى للفرج أو بالجهتين معاً . وأحياناً يخرج الصديد مشبعاً بخيوط دموية من الجماع المتوالى مع وجود التهاب حاد ويحصـل ذلك غالباً للعاهرات . وأحياناً تلتهب الاغشية المحيطة بمجرى البول بشدة فينتج عن ذلك «خراج خارج مجرى البول» (پيرى يوريترال ابسيس) . . الخ مما يضيق المقام هنا عن شرحه . وأما علاج سيلان مجرى البول فيتوقف على دور الالتهاب فان كان حاداً فننصح بالراحة التـامة ونعطى أدوية مطهرة من الداخل (صفحة ٢٩٠) ونغسل المجرى مرتين أو ٣ مرات يومياً بمحلول مطهر مثل محلول (بروتارجول ١ فى ٢٠٠ او ٣٠٠ او ٥٠٠) أو (البارجين ١ فى ١٥٠٠ الى ٢٠٠٠) أو (ايشتيول ١ فى ١٠٠ او ١٥٠) ونزيد فى قوة المحلول ونتمم طبقاً لقواعد علاج السيلان العامة . ويجب الاهتمام بتدليك الغدد وخصوصاً (غدد بارتولين) . واذا كان الالتهاب مزمناً فبعد تنظيف مجرى البول جيداً بالغسيل العادى نستعمل طريقة (چانيت) او غيرها ثم نمس القرح الموجودة بنترات الفضة أو بمحلول سلفات النحاس ولو اننى لا أجدنى ميالا لاستعمال أملاح النحاس كلية . وأحياناً نلجأ لتوسيع «ضيق» ولو ان حصول الضيق قليل عند النسـاء . ويجب أن نذكر القارىء بأنه يستحسن ادخال كمية من المحاليل المطهرة فى المثانة عند غسيل مجرى البول . وتترك المريضـة هذا المحلول لمدة ١٠ او ١٥ دقيقة فى المثـانة قبل ان تبول . ولا بأس من استعمال اليوريثروسـكوب لتتميم التشخيص والعلاج . وقد لاحظت أن العلاج بالتحليل الـكهربائى (صفحة ٣٠٥) أتى بنتائج مشجعة جداً فى سيلان مجرى البول النسائى .

سيلان المثانة والحالب والكلى : يقل ظهور التهاب هذه الأعضاء عند النساء عنه عند الرجال . ونتمم علاج المثانة طبقاً للقواعد التى ذكرناها فى علاج مثانة الرجال ولو ان علاجها عند النساء اسهل جداً لعدم وجود مشقـة فى الوصول لمثانة النساء بالآلات وغيرها وهكذا فى علاج الحالب والكلى .

سيلان الفرج والمهبل · (جونوريال ڤلڤوڤاچينيتيس) . لما يصـاب الفرج

بالسيلان تشعر المريضة بالتهاب (وأكلان وحرقان) على سطح الفرج وبين الشفرين وحول البظر (وخصوصاً على قلفة البظر عند النساء اللواتى لم تعمل لهن عملية الختان - الطهارة - « سيركمسيجن ») وأحياناً تحصـل تسلخات على سطح الفرج فتشعر المريضة (بحرقان) يزيد عند نزول البول . وعلاجه يتركب من غسيل مطهر ومن كي القرح بمحلول (نترات فضة ٢ فى المايه) ومن استعمال مساحيق مطهرة اولا ثم مساحيق مطهرة وقابضـة بعدئذ . أما **سيلان المهبل** فنعالجه بالراحة التامة أيضاً وتبعاً لقواعد علاج السيلان العامة وينصحون باستعمال محاليل للغسيل مثـل محلول (ايشتارجان ١ فى ٢٠٠) أو (پروتارجول ١ فى ٤٠ الى ١٠٠) أو (البارجين ١ فى ١٠٠٠ الى ٢٠٠٠) أو (أرجونين ١ فى ١٠٠ الى ١٥٠) وهكذا . ثم نكمل العلاج باعطاء المريضة لبوساً (تامپون) تلبسه بعد الغسيل ليلا قبل النوم وافضل استعمال (ايشتيول ٥ الى ١٠ فى ١٠٠ جرام جليسيرين) او لبس «بويضة» مطهرة يومياً داخل المهبل .

وتوجد عينات كثيرة من « البويضات — أى — أوڤيل » المطهرة وهى تشبه بيضة الحمام فى حجمها ، ومنها المصنوع بأساس أملاح الفضة ، ومنها المصنوع بأساس « ايشتيول » وعلى سبيل المثال نذكر للقارىء نوعاً مشهوراً فى السوق وهو « اوڤيل شوميل » وأساسه الايشتيول .

ويحسن استخدام اعمـدة « جونوستيلى » الخاصة بالنسـاء لتتميم علاج مجرى البول النسائى (راجع هامش صفحة ٣٠٠)

ونتمم العلاج باستعمال محاليل مطهرة وقابضة وننتهى بمحاليل قابضة . ونرى أن يتنبه الطبيب دائماً لما يطرأ على الحالة من مضاعفات ثانوية أو انتقال العدوى لاجزاء أخرى من الجهاز البولى التناسلى . وينبه مريضته دائماً لتنظيف اعضائها بغسيل بسيط مطهر ساخن منعاً لوصول العدوى للشرج من نزول الصـديد المتوالى من المهبل أو الفرج . وينبهها أيضاً لتطهير يديها جيداً منعاً لوصول العدوى لعينيها . وأما **سيلان الفرج والمهبل عند الاطفال** فلا يختلف كثيراً فى شكله عنه عند

السيدات وغاية ما فى المسألة هو انه غالباً يكون حاداً وشديداً فتلتهب الأعضاء بسرعة. ولوحظ انه عنيد ولا يشفى بالعلاجات العادية بسرعة اذ ربما يتم علاج الحالة فى ٦ الى ٩ شهور وأحياناً فى سنة كاملة . وهنا اذكر حالتين لتنبيه القارىء لنقطة مهمة فى علاج هذا السيلان « زارنى رجل ومعه ابنته الصغيرة وعمرها ٩ سنوات وعندها سيلان المهبل والفرج . وبعد فحصها اخبرته انى لا يمكننى معالجة الحالة الا اذا أدخلت آلات داخل المهبل . فمارض الوالد لوجود غشاء البكارة وهو لا يسمح باضاعة الغشاء خوفاً على مستقبل ابنته عند الزواج . واخبرنى ان الدكتور فلاناً وفلاناً عالجا البنت مدة شهرين بواسطة ادخال قسطرة دقيقة من الكاوتشوك . فأفهمته ان غشاء البكارة ملتهب جداً وسيتأ كل بطبيعة الحال من المرض اذا لم نعالج المرض وستبقى الفتاة مريضة . واذا عالجنا المرض فيذهب غشاء البكارة ولكنها تشفى . فغشاء البكارة ذاهب لا محالة فالأفضل أن يذهب بعلاج البنت . فرفض العلاج ورجع بعد شهر مع ابنته ووجدت غشاء البكارة معدوماً والفتاة مريضة جداً . وفى حالة أخرى قبل والد الفتاة علاج ابنته حتى بتضحية غشاء البكارة من اول الامر فعالجناها فشفيت فى ٤ شهور . وأما الفتاة الاولى فاستمرت فى العلاج ٩ شهور » . وننصح بتتميم علاج السيلان النسائي بالفاكسين وقد لاحظت ان استعمال الفاكسين يفيد جداً فى تتميم شفاء سيلان الاطفال بسرعة مدهشة وقد عالجت عدة حالات من سيلان الاطفال بواسطة الـ « دياتيرمى » فوجدت لها تأثيراً فعالا بحيث يصحبها ايضاً العلاج الفاكسيني .

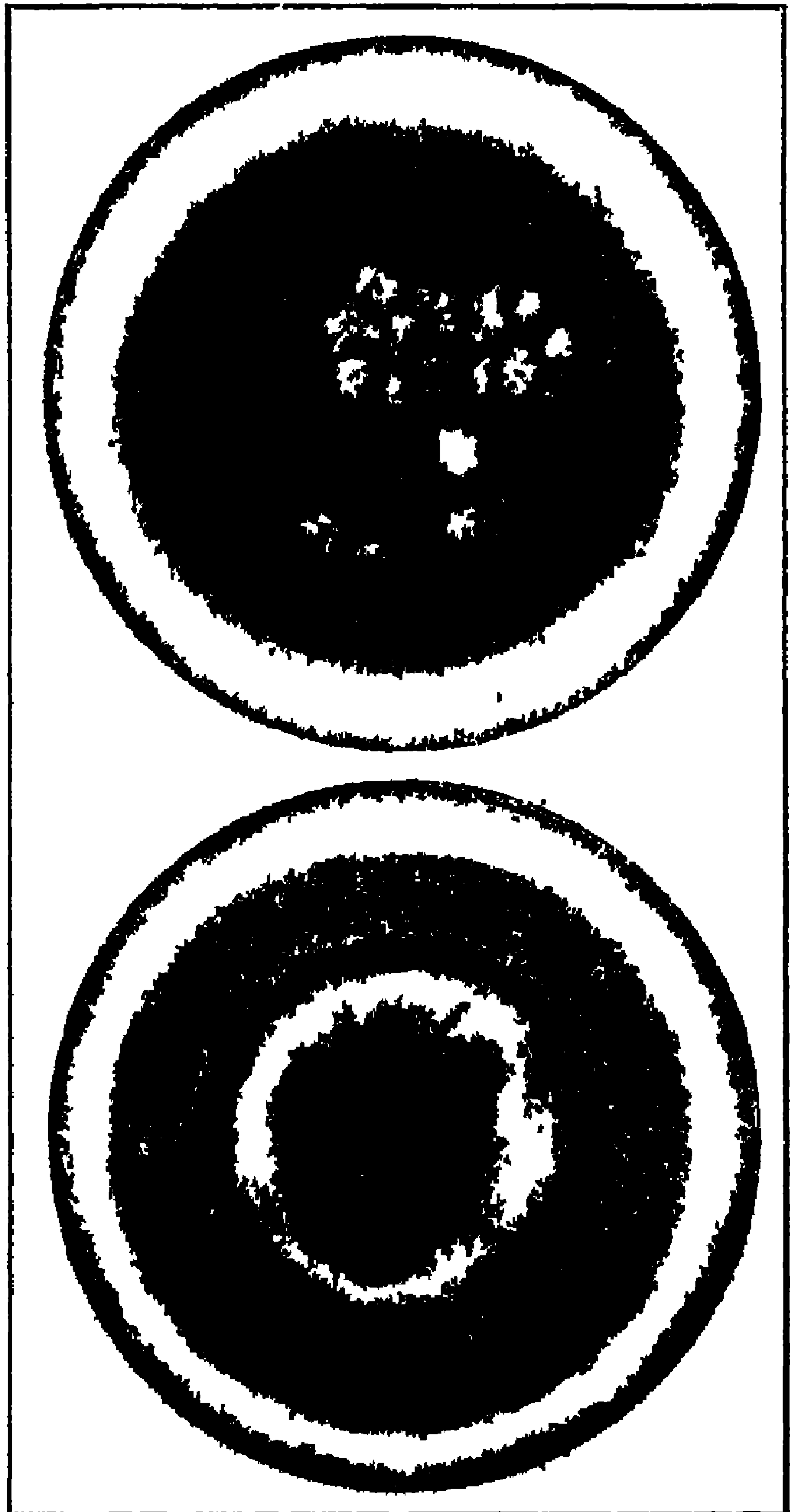
السيلان الحاد بعنق الرحم والرحم : لما تصل العدوى لفتحة عنق الرحم يلتهب[1] سطحها المخاطى ويظهر عليه احتقان شديد ، وتمتد العدوى[2] لداخل عنق

---

(١) ويحدث ان يلتهب عنق الرحم تحت تأثير اى مجهود بدنى عند الفتيات ، او تحت تأثير انواع الانيميات المختلفة او تحت تأثير العدوى بميكروبات بسيطة فينتج عن هذا الالتهاب الشكل الذى تراه في الرسم (نمرة ٦٥ صفحة ٣٥١) ، ومثل هذه الالتهابات تعالج عادة بقليل من الغسيل المطهر مع العناية بمعالجة السبب العام او الموضعى لهذا الالتهاب .

(٢) وكانوا يعتقدون سابقا ان العدوى لا تصيب الا السطح المخاطى لعنق الرحم ، ولكننا نفهم الآن انها تصل ايضا لكل الاغشية هذين الجسمين ومنها العضلات .

الرحم وينتج عن ذلك ظهور جسم مخاطى مطل من فتحة العنق يكون مصحوباً بافراز دموى فى بعض الحالات الحادة ، ثم ينقلب عند ما تزمن الحـالات الى جسم مخاطى مصحوب بافرازات صديدية (راجع رسم نمرة ٦٤) . ويتضخم عنق الرحم ويصير حساساً مؤلماً قليلا عند الضغط عليه . وطالما كانت العدوى قاصرة على عنق الرحم فلا تظهر غالباً أعراض قوية عند المريضة ، وبمجرد وصول العـدوى للرحم يبدأ ظهور الاعراض الآتية : —

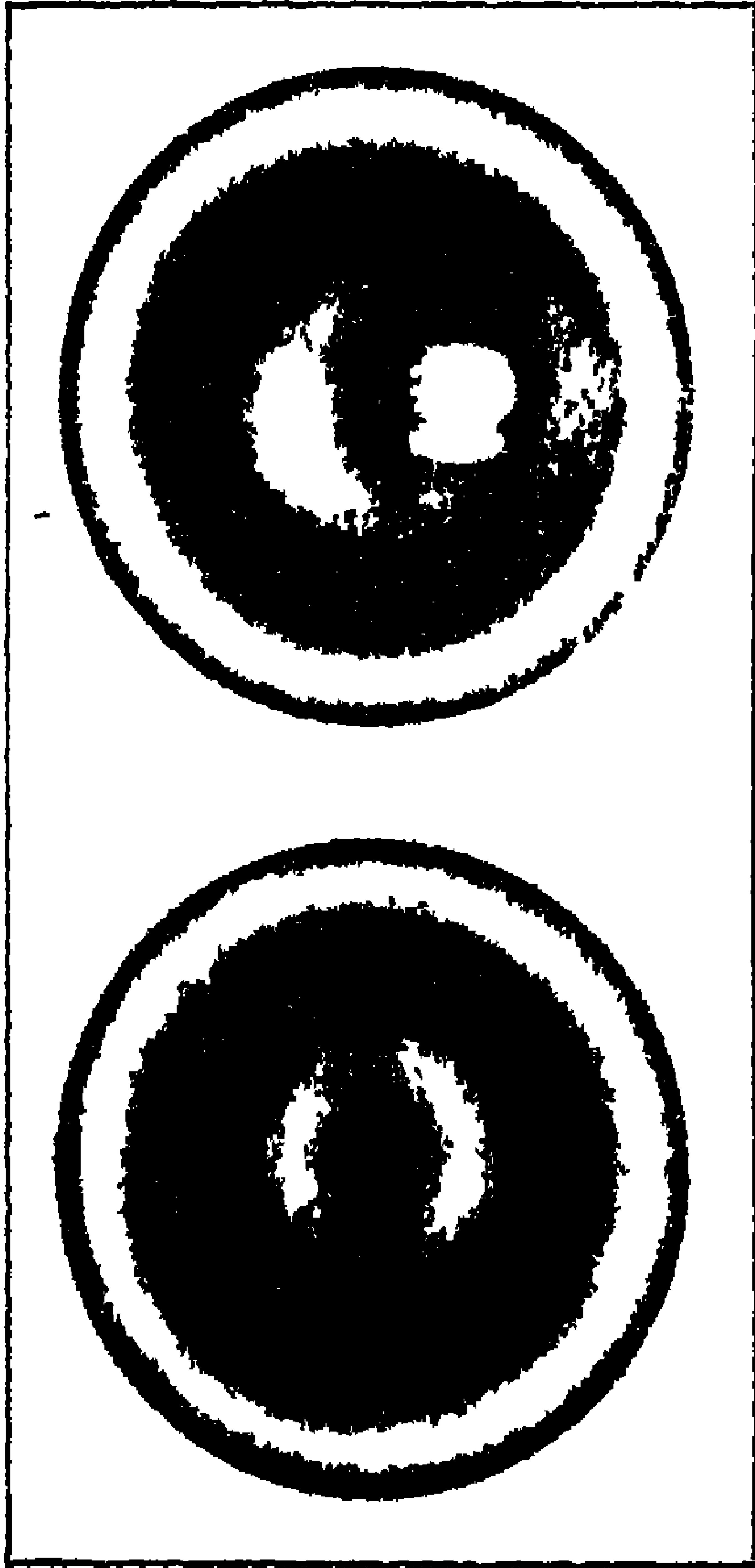


شكل « ا »　　(رسم نمرة ٦٤)　　شكل « ب »

شكل « ا » — عنق الرحم فى حالة التهاب سيلانى حاد ، وترى احتقان فتحة عنق الرحم مع افراز مخاطى دموى مطل من الفتحة (شيفر) .

شكل « ب » — عنق الرحم فى حالة التهاب سيلانى مزمن ، وترى عدة حلمات ناميه على شـفة الفتحة مع وجود افراز مخاطى صديدى مطل من الفتحة (مراسيك) .

ترتفع درجة الحرارة عند المريضة الى ٣٨° أو ٣٩° أو ٤٠° ، وتشعر المريضة بآلام خفيفة أو شديدة فى أسفل البطن وبصداع فى الرأس وبميـل الى الالتجاء للفراش لأن أقل حركة تؤلمها . ثم تشعر بحاجة للتبول عدة مرات مع قلة كمية البول وتكون عمليــة التبول مؤلمة ومصحوبة بحرقان . وتبدأ حدة هذه الاعراض تهبط تدريجيًا ولا يبقى ظاهراً الى استمرار الافرازات المائية الصديدية أو الصديدية بكثرة . وبفحص الرحم باليدين فى هذا الدور الحاد يكون حساساً ومتضخما قليـلا ، وبأقل ضغط عليه يكون مؤلماً .



شكل «ا»   (رسم نمرة ٦٥)   شكل «ب»

شكل «ا» — عنق الرحم فى حالة التهاب بسيط غير سيلانى وبفحص عينـــة من الافراز المخاطى المطل من الفتحة لا توجد ميكروبات السيلان ، ويلاحظ ان احتقان الفتحة قليل .

شكل «ب» — عنق الرحم فى حالة احتقان بسيط ورأى (شيفر) .

السيلان المزمن بعنق الرحم والرحم — كثيراً ما يتعـذر تشخيص حالة سيلان مزمن بالرحم لعدم ظهور أعراض واضحة ، لأن الرحم قد يكون مصاباً بالسيلان المزمن وبفحصه نجد حجمه طبيعياً ومرونته طبيعية ، وبتحريكه نجد حالته طبيعية ، ولا نجد به حساسة ظاهرة ولا تشعر المريضة بأى ألم . فنى مثل هذه الحالات لا يظهر المرض الا بالفحص البكتريولوجي للافرازات — التى يكون أحياناً لونهـا مائياً — التى نجمعها من فتحة عنق الرحم .

وأحياناً تظهر تغييرات باثولوجية مزمنة على عنق الرحم فتظهر حلمات صغيرة أو كبيرة من تجمعها حول فتحة العنق أو على شفة العنق (راجع رسم ٦٤ شكل «ب») أو تحدث تقرحات على العنق ويكون الرحم متضخما ومؤلماً بعض الألم خصوصاً عند ضغطه بين اليدين ويكون جسمه متصلباً بعض التصلب . وأحياناً تصاب المريضـة بالسيلان المزمن بأزمات فجائية فترتفع درجة الحرارة ويصـير الرحم حساساً مؤلماً ويصحب ذلك افرازات صديدية بكثرة ، وبفحص هذه الافرازات فى هذه الأزمات يوجد ميكروب السيلان فى اكترية الحالات ويكون من النوع الداخل الخلايا .

السيلان بقناتى فاللوب — فى اكثر من ٩٥ فى المائة لا تصاب قناة فاللوب الا بعد أن يصاب الرحم . والزمن اللازم لحدوث اصابة قنـاتى فاللوب يتراوح من بضعة شهور الى بضع سنين أحياناً . ولكـن يحدث أن تصل العدوى للقناة بعد وصولها لفتحة عنق الرحم باسبوع أو اسبوعين .

وأهم الأعراض : — تصاب المريضة برعشة يعقبها ارتفـاع فى درجة الحرارة لتصل الى ٣٨° أو ٣٩° وأحياناً ٤٠° . ثم تصاب بألم وحساسة شـديدة على جانبى الحوض . وفى أول دور الالتهاب الحاد يتعذر فحص القناتين باليد لأن هذا الفحص يكون مؤلماً جداً فيحتاج لوضع المريضة تحت تأثير مخـدر كالكلوروفورم ولما ، يهبط الالتهاب قليلا يمكن عمل هذا الفحص فنجد القناتين متورمتين وممتدتين على جانبى الرحم ، وأحياناً نشعر أن جسم القناة كأنبوبة بها سائل ولو ان هذا الشعور يتعذر فى حالات كثيرة .

وفى الحالات المزمنة لا تشعر المريضة بأعراض تذكر اللهم الا بعض شعور بقلة ارتياح ، ولكن يحدث ان تصاب المريضة فى الحالات المزمنة بازمات فجائية (مثلا عقب افراط فى الجماع ، أو عقب اجهاد بدنى ، أو فى دور الحيض أو بعده . . . الخ من المهيجات للجهاز التناسلى) فترتفع درجة الحرارة الى ٣٨° او ٣٩° وتشعر المريضة بألم على جانبى الحوض ، وقد تصل بها الحال الى صورة دور الالتهاب الحاد ، ولكن هذه الاعراض تذهب فى ظرف يومين الى اسبوع ، ولوحظ فى هذه الحالات أن أعراض التهاب المثانة والمستقيم تظهر على المريضة والسبب فى ذلك اما أن يكون عدوى وصلت لهذين العضوين أو لأن قناتى فاللوب لتضخمهما يضغطان على هذين العضوين ويتسببان بهذا الضغط فى اظهار هذه الاعراض .

السيلان بالمبيضين — فى أكثرية الحالات تكون العدوى بالمبيضين ناتجة عن عدوى قناتى فاللوب ، والصورة الايكلينيكية فى هذه الحالة تشبه صورة التهاب القناتين مع فارق واحد وهو ان فحص المبيضين باليدين يظهرهما فى حالة تضخم وحساسة مؤلمة .

وكما تحدث التصاقات بالاعضاء المحيطة بالرحم أو القناتين فى حالة التهابهما تحدث أيضاً التصاقات المبيضين بما يحيط بهما من الاعضاء فى حالة التهابهما .

وقد ينتج عن هذا الالتهاب خراريج بالمبيضين كما هى الحال أيضاً فى قناتى فاللوب .

وينتج عن هذه الالتصاقات وغيرها من التغييرات الباتولوجية بالمبيضين أو المبيضين والقناتين أو القناتين مختلف أنواع العقم عند النساء .

(١) ***علاج عنق الرحم والرحم فى حالات السيلان الحاد*** : تعالج هذه الحالات الالتهابية — سيلانية كانت أو كانت ناتجة عن ميكروبات أخرى مثل « ستافيلوكوك » أو « ستربيتوكوك » أو « كولى باسيل » أو غيرها — تقول تعالج هذه الحالات أولا باراحة المريضة فى الفراش ، ثم نستخدم أنواعاً من غسيل المهبل بمواد معقمة غير قابضة مثل : البارجين (١ فى ٢٠٠٠) ، أو محلول السليمانى (١ فى ٢٠٠٠) ، أو محلول برمنجنات الزنك (١ فى ٥٠٠٠ الى ١٠٠٠٠) أو ما شابه ذلك من المحاليل .

وبمجرد هبوط الحرارة عند المريضة نبدأ بوضع « لبوس » مطهر داخل المهبل وحول عنق الرحم ، وهذا اللبوس يكون عادة مركبًا من قطن معقم مغمـوس فى سائل مركب من « إيشتيول ٥ الى ١٠ سنتى متر مكعب فى ما يكمل ١٠٠ سنتى متراً مكعبًا من الجليسـيرين » . وتوجد أنواع لبوس مختلفة يستخدمها الطبيب طبقًا لكل حالة .

وليلاحظ القارىء ان استخدام اللبوس يستدعى اعطاء المريضـة « دوشًا » مطهراً قبل لبس اللبوس و بعد انتزاعه . ونبقى اللبوس بالمهبل عادة ما بين ٨ ساعات الى ١٢ ساعة يوميًا (وتوجد طبقة من الاطباء تحبذ لبس اللبوس باستمرار طول اليوم مع تغييره ٣ أو ٤ مرات يوميًا ، ولـكننى لاحظت أن مثل هذا العـلاج يتسبب فى تهييج الجهاز التناسلى كيماويًا لدرجة شديدة قد تقف فى سبيل الشفاء من الالتهاب الميكروبى وهو ما يسعى اليه العلاج) .

ولاحظت أن تتميم العلاج الموضعى بواسطة الحمامات الساخنـة للنصف الاسفل عند الأناث يساعد كثيراً على الشفاء .

ونستخدم الحمامات الساخنة بدرجة ٤٥° الى ٥٠° وأحيانًا الى ٥٥° بالماء العادى أو بالماء الملح (١٥ جرام ملح الطعام فى لتر ماء عادى) لمدة ٢٠ الى ٣٠ دقيقـة من الوقت مرتين يوميًا صباحًا ومساءاً .

وسنتكلم عن قيمة العلاج بالدياتيرمى فى باب « الدياتيرمي » . ولا شك أن استخدام أنواع علاجات رفع حرارة المريضـة أو علاج الفاكسين قد تأتى بفائدة أيضًا ، ولـكننى أنصح باستخدام هذه العلاجات جميعًا بمنتهى الحيطـة فى الحالات الحادة .

وأهم ما نستلفت له نظر القارىء فى علاج الالتهاب السيلانى الحاد لعنق الرحم والرحم هما شيئان : — (الاول) هو استخدام المكمدات البـاردة أو المثلجة أو اكياس الثلج نفسه موضعيًا فى حالات الالتهاب الشديد ، (الثانى) عدم استخدام كل أنواع الغسيل أو « الدوش » داخل عنق الرحم أو الرحم .

وما عدا ذلك من العلاجات فتتبع فيه قواعد علاج الامراض النسائيـة المعروفة من هذا النوع .

(٢) علاج عنق الرحم والرحم فى حالات السيلان النصف الحادة أو المزمنة — توجد مدرستان علميتان تملى تعاليمهما فى هذا العلاج : فالمدرسة (الأولى) تقول باستخدام المطهرات المركزة – أى المطهرات القوية – وذلك لقتل الميكروبات داخل الأغشية بسرعة . والمدرسة (الثانية) تقول باستخدام المطهرات المعتـدلة ثم الخفيفة ، وذلك منعاً من ايجاد خلايا مخاطية على السطوح المخاطيـة مقتولة بواسطة المطهرات القوية ، لأن وجود مثل هذه الخلايا الميتة بالتسمم يساعد على تغذية الميكروبات بالجهاز التناسلى ، فتنعدم النتائج المرغوبة من استخدام المطهرات القوية .

وتوجد مدرسة معتدلة بين المدرستين ، وهى مدرسة عملية تفضـل استخدام المطهرات الخفيفة فى بدء العلاج ، فتنقى السطوح المخاطيـة تدريجياً بدون تعريض خلاياها للموت ، ثم يبدأ التعقيم التام بواسطة المطهرات القوية حيث لا تتعرض خلايا السطوح المخاطية -- بعد نقصان التهابهـا الميكروبى نتيجة للعلاج الموضعى — للموت الميكروبى الكيماوى . والمؤلف من أتباع المدرسة المعتدلة الأخيرة .

وبعد ما لخصنا باتولوجيا وجهة نظر المدارس العلمية المختلفة نذكر شيئاً عن تعاليم كل منها :

فالمدرسة الأولى — تستخدم محاليل كيماوية قوية لدرجة « ٣٠ الى ٥٠ فى المائة من كلورير الزنك فى الماء المعقم » ، أو محلول « ٤٠ الى ٦٠ فى المـائة من بروتارجول فى ماء معقم » والمحلول الثانى ضعيف وغير مستحب جداً عند أنصـار هذه المدرسة .

وطريقتهم هى اعطاء مخدر للمريضة بالتهاب الرحم المزمن ، ثم يوسع عنـق الرحم ، ثم نمس السطح المخاطى للرحم كله بالمحلول الأول ، ثم نحقن داخل عنق الرحم من سائل « كلورير الزنك بمقدار ٥ فى المائة » ٢ الى ٣ نقط ، ثم تكرر هذه العمليـة مرة كل ٧ الى ١٠ الى ١٤ يوماً .

والمدرسة الثانية — تستخدم محاليل كيماوية ضعيفة للوصول لتطهير المجرى الداخلى للرحم وعنقه تحاشياً للمفاجئات الالتهابية الكيماوية ، ولكننى لاحظت أن هذه الخطة العلاجية — مع تحاشيها لبعض النتائج السيئة التى تنتج عن اتباع تعاليم المدرسة الاولى — كانت فى كثير من الحالات الالتهابية السيلانية النسائية داخل الرحم عاجزة عن الاتيان بالفائدة المرجوة .

المدرسة الثالثة — وهى المدرسة التى يملى تعاليمها المؤلف ويستخدم طرقها هى التى تستخدم المطهرات الضعيفة فى أول العلاج منعاً لتهييج الأغشية الرحمية المخاطية ، ونبدأ عادة بمحاليل (البارجين ١ فى ٥٠٠) أو (نترات الفضة ١ فى ٣٠٠) أو (إيشتارجان ١ فى ٥٠) . ثم نتقدم الى محاليل (البارجين ١ فى ٥٠) أو (نترات الفضة ١ فى ٣٠) أو (إيشتارجان ١ فى ١٠) . ثم نصل الى ٥ الى ١٠ أضعاف قوة مثل هذه المحاليل اذا سمحت الحالة من الوجهة الكيماوية أو الپاتولوجية .

ولقد حصلت بهذه الطريقة على نتائج بديعة فى علاج السيلان المزمن عند النساء.

وقبل ترك هذا الموضوع نستلفت نظر القارىء الى النقط الآتية : —

(١) يجب استخدام الفاكسين مع العلاجات السابقة .

(٢) يجب استخدام الـ « دياتيرمى » اذا تعذر الشفاء حتى بعد استخدام كل الطرق السابقة .

(٣) لاحظت ان استخدام الأشعة الفوق البنفسجية بواسطة « المنظار » يعطى نتيجة حسنة فى كثير من الحالات التى تعتبر عادة « متعذرة الشفاء » .

(٤) يجب كى أو قطع الحلمات التى تظهر على سطح عنق الرحم أو داخل مجراه ، ونستخدم لذلك الطرق الكيماوية أو « السكينة الكاوية الكهربائية » أو « الدياتيرمى » .

(٥) قد نحتاج فى بعض الحالات الى عملية كبيرة مثل عملية « استئصال الرحم — هيستريكتومى » ، ولكننى أستلفت نظر القارىء الى أنه لا يجوز الالتجاء لمثل هذه

العملية الا بعـد استخدام كل طرق العلاج الفنية الممكنة وكل طرق الفحص الميكروسكوبية أو البكتيريولوجية أو السيرولوجية الممكنة.

(١) **علاج بوق فالوب فى حالة الالتهاب الحاد**: نعامل المريضـة كحالة التهاب «بيريتونى حاد» من الوجهة الطبية الجراحية، فنأمرها بالراحة التامة، ويجب تحاشى فحص المريضة ميكانيكيًا تحاشيًا تامًا، ثم نبدأ باعطاء المريضـة بعض المسكنات للألم، ولكن **يجب تحاشى اعطاء المخدرات بأنواعها** لأن هذه المواد **قد تسبب فى افساد** أو **تعطيل تشخيص المرض** أو **تقدمه**. ولقد لاحظت فى علاج السيلان فى مثل هذه الحالات ان استخدام بعض المخدرات كان سببًا فى تضحية الشابة أو المرأة المريضة بهذا الداء بدون أقل مبرر فنى. ويجب الالتفات الى استخدام «الدوش» المهبلى وغيره من العلاجات فى مثل هذه الحالات. ولا بد من استخدام المكمدات المثلجة أو أكياس الثلج اذا استدعت الحالة. ولاحظت أن استخدام الفاكسين فى مثل هذه الحالات لا يأتى بنتائج مشجعة، ولكننى لاحظت أن استخدام الـ« أولان » أو مادة الـ « كازيين » تساعد على نجاح العلاج.

(٢) **علاج بوق فالوب فى حالات الالتهابات المزمنة**: - يجب أن نلجأ للعلاجات الموضعية أو العامة كالفاكسين والدياتيرمى وغيرها فى معالجة هذه الحالات، وقد تنجح هذه الحالات ويتم لها الشفاء، ولكننى لاحظت أن كثيرًا منها لا يتم لها الشفاء. ففى مثل هـذه الحالات يجب أن نلجأ الى الطرق الجراحية فى العلاج، مع ملاحظة أن استئصال بوق فالوب فى كثير من الحالات المتعسرة لا يأتى بنتيجة، بل يجب عمل عملية استئصال الرحم وملحقاته.

(١) **علاج المبيضين فى حالات الالتهاب الحاد**: نتبع فى هـذه الحالات ما ذكرناه فى علاج حالات الالتهاب الحاد الرحمية، مع مراعاة كل التفاصيل العلاجية الطبية الخاصة بهذه الأعضاء.

(٢) **علاج المبيضين فى حالة الالتهابات المزمنة**: نستخدم كل العلاجات

السابقة الذكر حتى يتم الشفاء — اذا أمكن . واذا تعذر ووجب استئصال المبيضين فيجب أن نلاحظ النقط الآتية : -

(١) اذا كانت المريضة كبيرة السن - « أى عجوزة » أى بلغت سن اليأس - فيجوز عمل عملية البتر بدون أى اهتمام .

(٢) اذا كانت المريضة شابة فلا يجوز استئصال المبيضين جراحياً استئصالاً تاماً، بل يجب ترك ولو جزء صغير من جسم مبيض من المبضين منعاً لتعرض هذه الشابة لأخطار انعدام الافرازات التناسلية الداخلية للمبيض داخل جسم الشابة ، وفى هذا ما فيه من الخطر الضخم على نمو وشعور وعقلية ونفسية هذه الشابة المريضة [١] .

(٣) اذا تقرر جراحياً استئصال المبيضين ، وتعذر ترك جزء - مهما صغر - من المبيضين فى حالة امرأة شابة لم تبلغ سن اليأس ، فيجب أن نعالج هذه المرأة أو الشابة بخلاصات الغدد المبيضية أو نطعم هذه المرأة أو الشابة بجزء من غدد المبيض اذا تيسر لنا ذلك .

علاج الالتهاب البريتونى السيلانى النسائى الحاد والمزمن : يعالج هـذا المرض فى حالتيه الحادة والمزمنة طبقاً للتعاليم الجراحية المعروفة .

علاج مجرى البول والمثانة وفتحة الشرج والمستقيم السيلانى عند النساء : سبق ذكر هذه العلاجات .

والآن وقد انتهينا من التعليق على السيلان عند الذكور والأناث نحب أن نستلفت نظر القارىء للنقط الآتية :-

(١) مرض السيلان مرض خطير فى حد ذاته .

(٢) تجب العناية بتشخيصه ميكرسكوپياً أو بكتيريولوجياً.

---

(١) لفهم وتقدير هـذه الاخطار ننصح بمطالعة كتاب « الضعف التناسلى عند الذكور والاناث » للدكتور فخرى — المطبعة العصرية .

(٣) للتشخيص عند الذكور تجب العناية بالآتى :

(ا) يجب فحص الافرازات عند فتحة القضيب ،

(ب) يجب فحص الافرازات الخارجة من البروستاتا ،

(ح) يجب فحص البول بعد تدليك البروستاتا ،

(ء) يجب فحص كل عينة تخرج من افرازات الغدد التناسلية على طول مجرى البول فحصاً بكتيريولوجياً تاماً ،

(ه) أما فحص الاعضاء بطرق فنية خاصة كطريقة «اليوريتروسكوب» أو طريقــة فحص المثانة أو المستقيم بآلات خاصة فترجع طرق الفحص فيها الى تفاصيل هذه الاجهزة الميكانيكية .

السيلان بالمستقيم عند النساء — راجع « صفحتى ٣٤٢ و٣٤٣ » .

السيلان بالغدد المنتشرة فى الجهاز البولى التناسلى النسائى — تصــاب هذه الغدد بالعدوى بالسيلان بواسطة دخول الميكروبات[1] فى فتحات القنــايات الموصلة لهذه الغدد . وأهم هذه الغدد غدتا «بارثولين» ، وقد تظهر أعراض الالتهاب فى كل منهما بعد اسبوع أو أسبوعين من ظهور المرض عند المريضة ، ولـكن المعتاد انهما لا يلتهبان قبل مضى عدة اسابيع أو أشهر على ظهور السيلان عند النساء .

وأهم الاعراض : احمرار وورم عند فتحة القناة الموصلة للغدة ، تضخم قليل أو كبير فى الغدة (قد يصل التضخم لحجم بيضة الحمام أو بيضــة الدجاج أحياناً)

---

(١) ولاحظ «جيبهارد «Gebhard» ان التهــابات غدة «بارثواين» العميقة تكون نتيجة العدوى بميكروبى « الجونوكوك » و « ستافيلوكوك » . ومع موافقتي على هـذه الملاحظة الا اني اؤكد انه كثيرا ما تلتهب هـذه الغدة التهابا عميقا « Deep seated infection » بواسطة العدوى بميكروبات السيلان اى اا (جونوكوك) وحدها . وقد لاحظت هذا عند عدد يذكر من السيدات صاحبات العادات الهيجينية الحديثة في تنظيف اعضاءن التناسلية خصوصا

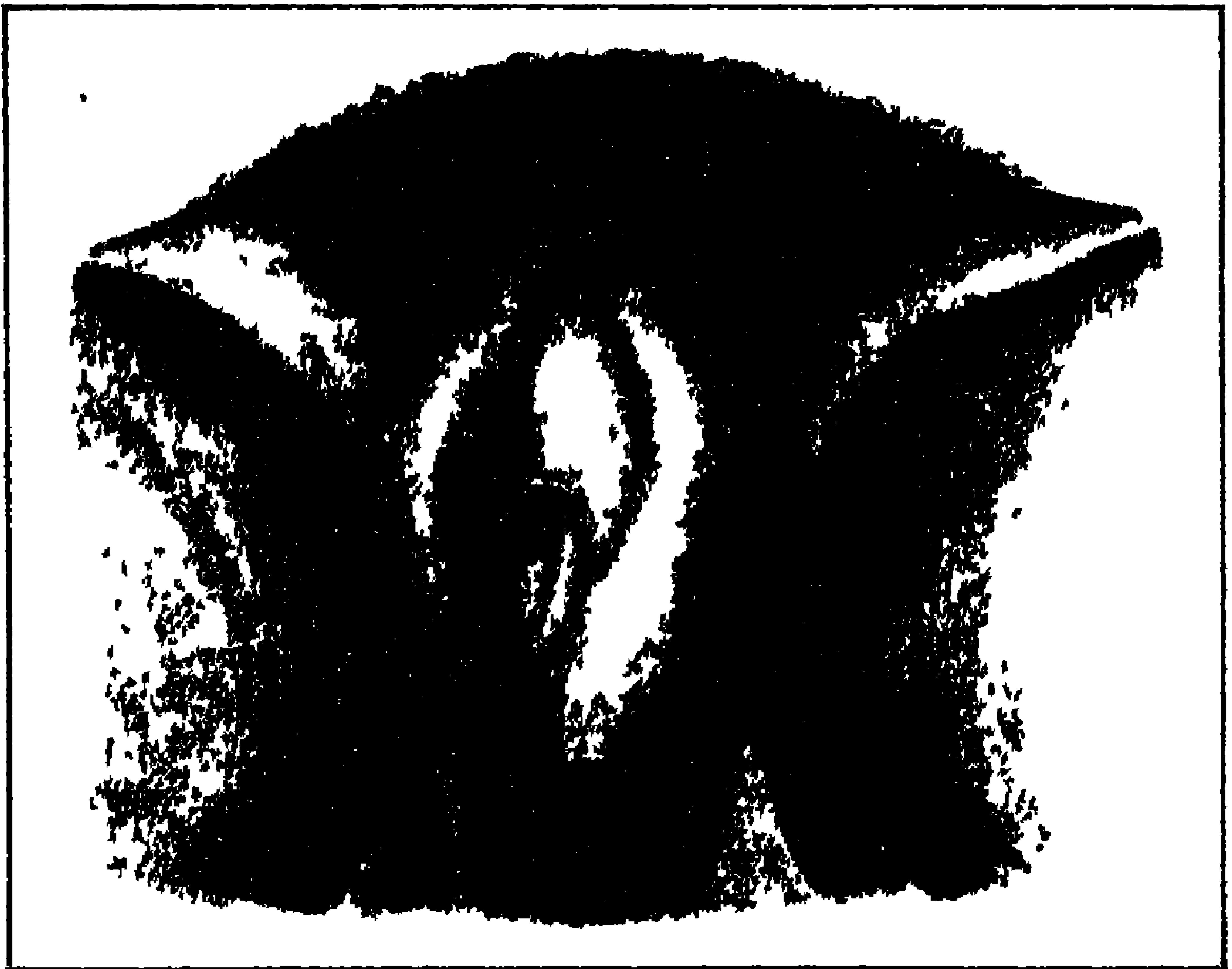
وتكون الغدة مؤلمة بنفسها ، و بالفحص تكون مؤلمة جداً ، و بالضغط على القناة الموصلة للغدة يخرج افراز صديدى من فتحة القناة .

وقد ينتج عن هذا التضخم حدوث خراج بالغـدة (راجع رسم نمرة ٦٦) ، والالتهابات السيلانية بدرجاتها تصيب كل غدة على حدتها وقد تصيبهما معاً .

الشانكر السيلانى عند النساء

تصاب النساء بالقرح السيلانية أيضاً كما هى الحال عند الرجال (راجع صفحة ٢٨٤ وما بعدها) .

وأهم أنواع هذه القرح هى الآتية :-



(رسم نمرة ٦٦)

التهاب وخراج ضخم فى غدة بارتولين اليسرى (شيفر)

(١) **الشانكر السيلانى المتأكل** : تصاب به النســاء فى حالات الالتهاب السيلانى الحاد الشـديد ، ويكثر ظهوره حول « البظر » وعلى الشفرين الكبيرين ولو أنه يظهر أحياناً على الشفرين الصغـيرين . وهو نادر بين الوطنيات اللواتى عملت لهن عملية الختان « الطهارة » .

(٢) **الشانكر السيلانى المتشقق** : يكثر ظهوره عنـد فتحة مجرى البول وداخل المجرى عند النساء . ويظهر أيضاً عند فتحة الشرج فى حالات التهاب هـذه الفتحة السيلانى الحادة ، ويظهر أحياناً بالحفرة الزورقية ، وهذا النوع من القرحة مؤلم جداً عند النساء اكثر منه عند الرجال .

(٣) **الشانكر المتقرح** : يندر ظهور هذا النوع عند النســاء صاحبات العادات النظيفة ، وتصاب به النساء اللواتى يهملن نظافة أعضائهن التناسليــة ، لأنه نتيجة تأثير بقاء الافرازات الصديدية باستمرار على السطوح المخاطيــة فى حالات السيلان الحادة الشديدة ، ولذلك يكثر ظهوره فى أسفل الفرج على الحفرة الزورقية ويكثر أيضاً على فتحة الشرج ، وينـدر ظهوره فى أعلا الفرج خصوصاً على فتحة مجرى البول الامامية . وهو ليس مؤلماً كالقرحة المتشققة .

(٤) **الشانكر السيلانى الثعبانى** : — يكثر ظهور هذا الشانكر عند النساء عنه عند الذكور ، وهو النوع الوحيد الذى قد يظهر على الفرج أو على حوائط المهبل ، وقد يظهر أيضاً على عنق الرحم ، وهو عنيد ضد اكثرية طرق العلاج اكثر من غيره من أنواع الشانكر السيلانى . واذكر للقارىء حالة السيدة التى وعدته بها (صفحة ٢٨٨) : — ظهر مرض السيلان بشكل حاد على هذه السيدة فى ١٠ يناير سنة . . . ، وعالجها طبيب كحالة سيلان . وفى ٢٨ يناير ظهرت عليها قرحة فى أسفل الشفر الأيمن الصغـير وامتدت حتى وصلت فى ٣ فبراير الى داخل حائط المهبل ، وكانت قرحة ثعبانية الشكل فشخصها طبيبها « قرحة زهرية » فلم تقبل السيدة هذا التشخيص ، واستشارت طبيباً آخر شخص نفس التشخيص ، فاكتفت السيدة بالعلاج السيلانى

الموضعى (أى غسيل بالمنزل فقط) حتى يوم ٥ مارس حين شعرت بأن القرحة صارت مؤلمة قليلا فاستشارت طبيباً ثالثاً وقصت عليه تاريخها فنصح بعمل فحص للدم، وكانت نتيجة الفحص (ع . ف) سلبية . ويوم ٢١ مارس أعادت فحص الدم وكانت (ع . ف) سلبية . (ولم يفحص الطبيب القرحة ليرى ان كان بها سبيروشيتا باليدا أولا) . ويوم ٢٠ مارس كانت (ع . ف) سلبية . وأصر الطبيب على علاج الحالة كقرحة زهرية ، واستسلمت السيدة لعلاج زرنيخى بيزموتى لمدة شهرين تقريباً .
ويوم ١٨ مايو استشارتنى هذه السيدة لأنها يئست من شفاء القرحة واطلعتنى على تاريخها بالتفصيل لأنها سيدة نبيهة متعلمة . وبفحص القرحة قررت أخذ عينتين من القرحة بواسطة الكحت (كما ذكرنا فى صفحة ٢٨٧) وفحصت عينة منهما لميكروب الزهرى والعينة الأخرى لميكروب السيلان ، فوجدت الأولى سلبية والثانية ايجابية . فشخصت الحالة « شانكر سيلانى ثعبانى » وما كان أشد دهشة السيدة عند ما اختفت هذه القرحة تماماً فى ظرف ١٢ يوماً .

علاج الشانكر السيلانى عند الذكور والاناث : - أولا - نتبع فى علاج هذا الشانكر السيلانى جميع قواعد علاج الشانكر الأخرى من جهة التعقيم الموضعى للقرحة، -وثانياً- ثم نتبع بعد ذلك طرق التعقيم السيلانية العامة للجسم،وأهمها معالجة السيلان كمرض بالجسم ، ثم معالجته كمرض قد يترك قرحاً أو أنواعاً من الضيق الموضعية ، وقد ذكرنا سابقاً جميع التفاصيل عن هذه الأمراض وعن طرق علاجها ، وليس على الطبيب الا اتباعها ، فلم يبق امامنا الآن الا طرق علاج الشانكر السيلانى من الوجهة الموضعية والوجهة العامة ، فمن الوجهة الموضعية يجب مس الشانكر بالمطهرات كالفورمالين مرة أو مرتين أو ٣ مرات . واذا لم يفلح ذلك نلجأ الى الطرق الكهربائية المختلفة أو نلجأ الى العلاج بواسطة الدياتيرمي . وقد لاحظت ان مثل هذه القرح السيلانية فى دور تعذر شفائها تشفى بحقن المريضة أو المريض بمقدار من دمها أو دمه ونبدأ عادة بحقن سنتى متر مكعب ثم نرفع المقدار بعدئذ .

ووجدت أن حقن المريض أو المريضة - بعد حقنهما بدمهما بالطريقة

السابقة الذكر - بواسطة الأنواع الفاكسينية الجيدة التى ذكرناها سابقاً ، يأتى بنتائج مشجعة فى معالجة هذه الحالات . واذا تعذر الوصول لشفاء القرح السيلانية عندالنساء بجميع الطرق المتقدمة - وهذا نادرجداً - فيجب أن نستخدم « علاج الفورمالين ». أما « علاج الدياتيرمى » فانه قد يعجز عن النجاح الذى نحصل عليه بالفورمالين ، ولكنه قد يأتى بنجاح باهر فى بعض الحالات .

والآن نتكلم عن بعض طرق العلاج السيلانى الحديثة :-

لمحة عن علاج السيلان (بنوعيه الحاد والمزمن) ببعض الطرق الخاصة :

الفورمالين [1]

(١) **الفورمالين كمادة مطهرة ومعقمة** : الفورمالين كاو ومطهر ومعقم : فاذا خفف مائياً بمقدار ١٠ فى المائة فيكون **كاوياً** ، ويمكن استخدامه فى الامراض الجلدية المحتاجة لمواد كاوية مع الحصول على نتائج مفيدة موضعياً ، ويمكن استخدامه **كمطهر** بنسبة ٣٠ فى المائة فى حالات أمراض جلدية متعددة . ولكن يمكن استخدامه كمطهر فى شكل سائل بنسبة ٢ الى ٣ فى المائة فى حالات التهاب الغشاءات المخاطية المتعددة فى الجسم . ويمكن استخدام الفورمالين كمادة « حافظة من الاضمحلال الطبيعى » بواسطة محلول ٤٠ فى الألف ، والأطباء يستخدمون مثل هذه النسب فى مباحثهم الهيستولوجية والباتولوجية .

هذه فقرة عن قيمة « الفورمالين » فى أكثرية المباحث الكيماوية

---

(١) هو عبارة عن محلول مائى يحوى من ٣٦ الى ٣٨ جراماً من مادة « الفورمالدهيد Formaldehyde مذابة فى مائة ميليتر من الماء النقي . ويمكن الحصول على هذا المحلول بشكل جاهز مصحوب بجميع تفاصيل النسب المئوية من الفابريقات التى تجهز هذه المادة . وكل ما يطلب ممن يستخدم هذه المادة هو ان يحافظ عليها فى امكنة باردة ومقفلة حتى لا تتسرب المواد الغازية للخارج وهى المواد القوية داخل هذه المادة ، فتضعف بذلك هذه المادة فى تأثيرها على الميكروبات .

« التيرابوينيكية » والآن نتكلم عن استخدام ، مادة « الفورمالين » كما هي معروفة فى الأسواق الطبيــة فى علاج السيلان . ولا أريد الاسهاب فى شرح هــذا العلاج ، واكتفى بالمعلومات الآتية مؤقتاً حتى أتمم مباحثي فى هذا الباب :

لماذا استخدمت الفورمالين ؟ :— كثيراً ما فكرت فى مادة « الفورمالين » كمادة قد تنفع فى علاج كثير من الأمراض — خصوصاً وأنهــا استخدمت فى أدق علاقة بالتطهــير والتعقيم والتحنيط ، وطالعت يوماً فى مجــلة علمية أن « غازات الفورمالين » يمكن استخدامها فى علاج الالتهابات المختلفة فى الجهاز البولى التناسلى .

ومن هذا اليوم فكرت فى تكوين «آلة » أو «جهاز علمى» لاستخدام«الغازات الفورمالينية » فى علاج الامراض التناسلية . ولقــد توصلت لاستخدام « جهاز » من صنعى الشخصى لعلاج السيلان الحاد والمزمن عند الذكور والأناث بواسطة غازات الفورمالين . وكنت أحب أن أشرح تفاصيل تركيب هذا الجهاز الفنى فى طبعة كتابى هذه ولكن بعض العقبات تعوقنى مؤقتاً [1] .

النتائج التى حصلت عليها باستخدام الفورمالين

(١) فى حالات السيلان الحاد عند الذكور :—

يأتى هذا العلاج بكثير من النتائج الحسنة المشجعــة ، خصوصاً اذا استخدم بعد ظهور المرض بزمن قليــل . ولاحظت أن تعريض سطح مجرى البول لتأثير غازات الفورمالين يومياً لمدة تتراوح بين ٨ الى ١٢ الى ١٥ دقيقة يأتى بنتائج حسنة فى ظرف ٣ الى ٤ أسابيع . فقط يلاحظ استخدام العلاج الفاكسينى مع هذا العلاج الموضعى .

نعم يحدث أحياناً أن يصاب المريض باحتقان فى مجرى البول نتيجة لهذا العلاج الغازى، ولكن وقف العلاج لمدة يومين أو٣أيام يكفى لشفاء الاحتقان، ثم نبدأ العلاج مرة أخرى .

---

(١) وفى اول فرصة سنشرح تفاصيل هذا الجهاز امام الهيئات العلمية .

(٢) النتائج فى حالات السيلان الحاد عند الأناث : —

لا ينتج استخدام غازات الفورمالين فى هذه الحالات نتائج مفيدة تذكر أكثر من غيرها من العلاجات الفنية ، ولكن هذا لا يمنع من أن نذكر أن « تبخير غازات الفورمالين »[1] داخل الاعضاء التناسلية المريضة ، أو « مس هذه الاعضاء »[2] بمحلول الفورمالين قد يؤدى لنتائج حسنة .

(٣) النتائج فى حالة السيلان المزمن عند الذكور والاناث :—

(ا) نجاح كبير فى حالات السيلان بمجرى البول عند الذكور .

(ب) نجاح يذكر فى حالات السيلان المزمن بمجرى البول عند الاناث .

(ح) خيبة تامه فى حالات السيلان الحاد بالفرج والمهبل والرحم وعنقه فى الحالات الحادة .

(ى) بعض النجاح فى حالات السيلان المزمن فى باقى الاعضاء عند النساء .

(ه) نجاح تام فى حالات الالتهاب البسيط عند الذكور وفى نوعيه الحاد والمزمن .

(و) قليل من النجاح فى حالات الالتهاب البسيط عند الاناث فى حالتى الالتهاب البسيط الحاد أو الالتهاب البسيط المزمن . والان وقد انتهينا من شرح علاجنا للسيلان بواسطة الفورمالين وغازاته ، نذكر للقارىء شيئاً بالايجاز عن علاج مرض السيلان بواسطة : —

---

(١) Formalin fumigation.

(٢) Painting.

الدياتيرمى

أل « دياتيرمى » (١)

علاج الدياتيرمى معناه رفع درجة حرارة الجسم أو جزء من الجسم لدرجات مخصوصة يقررها الطبيب المعالج ، ومن هذه الدرجات رفع درجة حرارة الجسم فى مرض السيلان للكمية الحرارية التى تتوصل لقتل ميكروب السيلان داخل الأغشية الجسمية فى الجهاز البولى التناسلى .

وللعلاج بالدياتيرمى تاريخ طويل يمكن القارىء المحب للاطلاع مراجعته، وأحسن كتاب موجز فى هذا الباب يعطى القارىء فكرة علمية صحيحة عن «النظرية العلمية» لهذا العلاج وعن طرق التطبيق هو كتاب « دياتيرمى - ودياتيرموتيرابى » (٢)

والآن نقدم للقارىء ملخصاً عن قيمة النتائج العملية لاستخدام هذا العلاج الكهربائى (٣) فى مختلف حالات الأمراض البولية التناسلية التى ننتفع به .

---

(١) Diathermie. بالفرنسية والالمانية ، وبالانكليزية Diathermy.

(٢) Diathermie et Diathermotherapie, par H. Bordier. Paris 1925

(٣) والقارىء الذى يريد الاطلاع على تفاصيل هذا العلاج من الوجهتين النظرية والعلمية، ومن الوجهة التطبيقية فى كثير من الحالات النادرة أيضاً يمكنه مراجعة المطبوعات الآتية :—

(ا) تقرير « سيمون » عن فحص « المراكز الجلدية التناسلية للجيش
Centres dermato-vénéréologiques de l'armée (Presse médicale, 26 novembre 1921, p. 941.

(ب) Iredale & Tompson: The Lancet, 16 May, 1914.

(ج) The Same: Arch. of the Rontgen Ray, 1914, p. 154

(د) وذكر « وولف » تأثير « الدياتيرمى » فى مرض « نوراجيا الوجه » فى مجلة
Medical Record, New York, 1916, p. 1152.

(هـ) وذكر « توريل » تاريخ خمس حالات « تعسر الطمث Dysmenorrhea » عالجها بنجاح تام بواسطة الدياتيرمى. ولقد خالف « بوردييه » فى طريقة العلاج مع ان «بوردييه» كان ثقة كبرى ، والمؤلف يوافق « توريل » وقد حصل على نتائج باهرة فى علاج « تعسر الطمث » وأيضا فى علاج « انقطاع الطمث » بالدياتيرمى ، وباستخدام تيارات كهربائية تختلف عن تعاليم هذا الثقة فى شدتها وحصل على نتائج باهرة . ولقد حصلنا على نتائج تشبه هذه او قد تكون احسن منها باستخدام تيار اقوى . راجع
Archives of Radiology & Electrotherapy, March 1922, p. 317

وتوجد مراجع تخص الكبد ونمو الشعر والصلع الجزئى والكلى . . . الخ .

ونبدأ بذكر تأثير هذا العلاج فى حالات : -

(ا) **الالتهاب السيلانى الحاد والمزمن عند الذكور** :

(١) لاحظت أن هذا العلاج فى الحالات الحادة يعطى نتائج فى اكثر من ٣٠ فى المائة .

(٢) فى الالتهاب السيلانى المزمن عند الذكور :- يعطى اكثر من ٧٥ فى المائة على طول مجرى البول الأمامى والخلفى .

(٣) وفى حالات الحويصلات المنوية يعطى اكثر من ٨٠ فى المائة نتائج ايجابية .

ويجب فى جميع الحالات السابقة مساعدة للعلاج بواسطة الـ « دياتيرمى » باستخدام العقاقير المعقمة مع أنواع الفاكسين التى رجحناها سابقاً .

(ب) **الالتهاب السيلانى للفرج والمهبل** : - فى اكثرية حالات هذا الالتهاب يكون السبب هو ميكروب السيلان **وحده** ، ولكن يحدث أن يكون السبب فى الالتهاب هو ميكروب السيلان مع ميكروبات أخرى . ولقد ثبت أن علاج الدياتيرمى يساعد على الشفاء فى حالتى العدوى السيلانية أو العدوى المركبة ، وعالجت فعلا عدداً من النساء والفتيات الصغيرات فى السن اللواتى اصبن بهذا المرض بواسطة هذا العلاج وحصلت على نتائج مشجعة ، وخصوصاً فى حالات الفتيات الصغيرات اللواتى احتفظت لهن بغشاء البكارة مع استحالة الاحتفاظ بهذا الغشاء فى أنواع العلاجات السابقة الذكر .

(ح) **الالتهاب السيلانى الرحمى** : يشفى فى عدد من الجلسات يتراوح بين ١٠ الى ١٦ جلسة بالعلاج بالدياتيرمى تتراوح كل منها بين ١٥ الى ٣٠ دقيقة ، (ولا أريد الآن الدخول فى تفاصيل هذا العلاج الفنية من وجهة التيار الكهربائى ، أو طريقة وضع الموصلات الكهربائية ، وقيمة ذلك فى اتقان العلاج أو تعريض المريضة للخطر بواسطه حرق سطح جلد البطن أو العجز أو العانة ، أو

حرق عنق الرحم أو الرحم نفسه بواسطة التيارات الكهربائية المتعددة التى يستخدمها أناس لا يفهمون من مثل هذا العلاج الا اسمه) .

(ى) **الالتهاب السيلانى للمبيضين** : - نستخدم الدياتيرمى فى هذا الالتهاب فى حالات الالتهاب المزمن ، **ولا يجوز قط** استخدام هذا العلاج فى حالات الالتهاب الحاد .

(ه) **الالتهاب السيلانى للخصيتين** : - نستخدم هذا العلاج فى الحالات المزمنة ، ولا نستخدمه قط فى الحالات الحادة ، بل نستخدم الكيس الرافع مع العلاج القاكسينى ومع باقى العلاجات الكهربائية السابقة الذكر ومع العلاجات الموضعية المعروفة .

(و) **الالتهابات السيلانية المصحوبة باضطرابات الدورة الدموية الرحمية من انقطاع « العادة » او « التألم عند العادة »** : — لوحظ أن الـ « دياتيرمى » لها تأثير بديع على تغذية المبيضين وغيرهما من الغدد ذات الافرازات الداخلية [1] ، ولذلك فان استخدام هذا العلاج فى حالات السيلان المصحوبة باضطرابات كالتى ذكرناها يأتى بأحسن النتائج . (وفى الواقع اننا نستخدم الآن الدياتيرمى فى علاج حالات انقطاع « العادة » بدون سبب ظاهر ، ونستخدمها فى أكثرية الاضطرابات الرحمية الأخرى ونحصل على نتائج مشجعة جداً) .

(ز) **الالتهاب السيلانى بالبروستاتا وبالحويصلات المنوية** : — تأتى الدياتيرمى بنتائج حسنة جداً فى حالات الالتهاب النصف الحاد أو الالتهاب المزمن بهذه الاعضاء ، ولا يجوز استخدام هذا العلاج فى حالات التهاب هذه الاعضاء الحاد .

(١) راجع بحث « تأثير الدياتيرمي على الغدد ذات الافرازات الداخلية » :—
Comptes rendus de l'Acad. des Sciences, 12 Mars 1923.

العلاج الطبي الوقائي من السيلان .

سنتكلم عن هذا العلاج فى باب « طرق الوقاية من الامراض التناسلية » .

علاج السيلان غير التناسلي (ايكسترا جينيتال جونوريا) أى السيلان الذى يصيب العين أو الأذن وغيرهما . . . . الخ : ننصح باستشارة الاخصائيين فى أمراض هذه الاعضاء غير التناسلية لمعالجة هذه الحالات ، ويستحسن تفاهم هؤلاء مع طبيب الامراض التناسلية لتسهيل العلاجين .

ملاحظات عامة : أحياناً يظهر عند بعض المرضى نوع من مرض جلدى يسمونه « السنط التناسلى » (ڤينيريال وارتس) أو (ڤيروكا) أو (كونديلوماتا ا كيوميناتا)، وهو يظهر بشكل حلمات مسطحة على الجلد صلبة عند اللمس . ولا يختلف « السنط التناسلى » عن غيره من أنواع السنط الا بكونه ينتشر كثيراً عند ما يظهر ولو انه لا يظهر فى بعض الحالات الا كثلاث أو ٤ أو ٥ حلمات مسطحة صغيرة . وأحياناً تكبر هذه وتصير فى حجم (حبة الحمص الصغيرة) ويكون سطحها غير منتظم وبشكل سطح (الفراولة) . وكانوا يعتقدون أن « السنط التناسلى » ينتج من الزهرى أو السيلان وذلك لأنهم لاحظوا ظهوره بكثرة عند المصابين بواحد من هذين المرضين . ولكننا نفهم الآن انه يتسبب عن عدوى الجلد بميكروبات أخرى وغاية ما فى المسألة فانه ربما يكون لوجود الافرازات السيلانية أو غيرها أو لوجود بعض السموم (توكسينز) الناتجة من وجود ميكروب السيلان تأثير على الجلد يساعد انتشار هذا المرض .وأهم عامل يساعد على انتشار هذا المرض هو «العرق» ولذا لوحظ ظهور المرض فى منطقة الأعضاء التى تكون رطبة أو عليها افرازات دائما . ولذا نهتم فى علاج هذا المرض بأن (ننشف) أى نجفف المحل الظاهر عليه المرض تجفيفاً تاماً وبذا قد يختفى السنط بدون أى علاج آخر . واذا وجدت حلمة واحدة أو اثنتان فنبترها بواسطة ملعقة كحت أو (ملعقة فولكمان) ونكوى محل الحلمات بواسطة مسه بمحلول نترات فضة أو بواسطة حمض فينيك نقى . واذا كان السنط منتشراً فنغسل

العضو بمحلول (فورمالين ٤ فى ١٠٠ ماء مقطر) أو غيره ، وتجفف المحل بمسحوق أوكسيد الزنك والتالك أو بمسحوق بيزموت . ويمكن معالجة هذا السنط بالكى الكهربائى أو بعلاج التحليل الكهربائى (إيليكتروليسيس) .

وأحيانا يصاب المرضى **بالتهاب الحشفة** وسيأتى الكلام عليه .

وأحيانا يظهر على المرضى بالسيلان **طفح جلدى** وقد لاحظ العلماء [1] أشكالاً مختلفة من الطفح الجلدى عند المصابين بالسيلان . ولكن لا يغيبن عن ذهن القارىء أننا نتكلم الآن عن الطفح الجلدى الذى ينتج من تأثير ميكروبات السيلان وسمومها على الجلد اذ أن المرضى بالسيلان قد يظهر عليهم طفح جلد آخر يكون ناتجا عن استعمال بعض الزيوت والبلاسم والعقاقير (راجع صحيفة ٢٩٢) وهذا الطفح لا علاقة له بتأثير السيلان نفسه على الجلد ولذا يشفى بايقاف الادوية التى تسببه لمدة يومين أو ٣ أيام . وأما الطفح الناتج عن السيلان فيشفى بمعالجة السيلان جيداً وقد لاحظت أن استعمال الفاكسين يساعد جداً فى شفائه السريع .

وأحيانا يصاب مرضى السيلان **بالتهاب سيلانى بالغشاء المبطن للقلب** (جونوريال اينـدوكارديتيس) وكانوا يظنون سابقاً ان هذا الالتهاب يحصل دائما عقب انتشار ميكروب السيلان بالدم حتى يصاب مفصل من المفاصل بالتهاب مفصلى سيلانى (جونوريال أرثريتيس) ومن اصابة المفصل تنتشر العدوى للقلب . ولكننا نعلم الآن من ملاحظات علماء كثيرين [2] ان عدوى القلب قد تحدث مباشرة قبل أن تظهر أى أعراض التهاب سيلانى على المفاصل . وكانوا يظنون [3] ان ميكروب

---

(١) لاحظ (برين) طفحا ايريتيميا قرمزياً (ايريتيماسكارلاتينيفورميس) ، ولاحظ (شتراوس) ايريثيما مفرزة متعددة (ايريثيما ايكسيوداتيفم مولتيفورميس) ، ولاحظ (فينجر) وغيره طفحا ارجوانيا (بوربورا) .

وقسم (بوشكة) انواع الطفح الجلدى في السيلان الى اربعة اقسام يضيق المقام هنا عن شرحها ولكن القارئ يفهم من ذلك ان الطفح السيلاني قد يكون باشكال مختلفة .

(٢) موريل . زينجر . هاليه . مارتين . ديرينياك . ايدين . ماك دوريل وفينجر وغيرهم

(٣) هيس « His » .

السيلان وحده لا يصيب القلب بل يكون معــه ميكروبات أخرى . ولـكننا نعرف الآن من مباحث (ليدين) وغيره من الذين وجدوا فى حالات سيلان الغشاء المبطن للقلب بالفحص بعد الموت ميكروب السيلان وحده ان هذا الميكروب يقدر وحده على ايجاد هذا الالتهاب . ولا يختلف هذا الالتهاب عن الالتهــابات الأخرى فى تأثيره على القلب و باقى الجسم و يعالج مثل غيره . وفقط ربما يفيد استعمال ڤاكسين السيلان مع علاجات القلب الاخرى فى تحسين الحالة بسرعة .

وأحيانًا يصاب مرضى السيلان **بالتهابات سيلانية بالجهاز العصبى** أهمهــا « التهاب الحبل الشوكى السيلانى » (جونوريال ميليتيس) « والتهاب متعدد عصبي سيلانى » (جونوريال پولى نيوريتيس) وغيرها . وقد تتسبب هذه الالتهــابات فى ايجــاد حالة نوراستينيا تناسلية عند المريض قد يتعذر شفاؤها . وهنا أيضًا نستعمــل العلاج بالڤاكسين[1] مع العناية التامة فى معالجة السيلان بالجهاز البولى التناسلى . و يضيق المقام عن ذكر باقى ما يصيب المرضى بالسيلان ونتكلم الآن عن : —

التهاب مجرى البول البسيط

(سيمپيل يوريثريتيس)

هذا هو التهاب بمجرى البول ينتج عن عدوى تصيب سطح مجرى البول المخاطى بأى ميكروب آخر غير ميكروب السيلان . و يتسبب عن هذه الاصابة التهاب يشبه الالتهاب الناتج عن العدوى بميكروب السيلان،ويختلف عنــه فى انه يشفى عادة بسرعة اكثر من السيلان . وغالبا لا يزمن فى مجرى البول و يندر انتشاره على طول

---

(١) واحياناً يكون المريض بالسيلان مصابا بزهري قديم وتظهر عليه اعراض التهابات بالجهاز العصبي تشبه الالتهابات السيلانية او الزهرية . ويعجز الطبيب عن تمييز السبب او التحقق من ان سبب هذه الالتهابات هو الزهري او السيلان . وفي هذه الحالة ننصح بعمل علاج الفاكسين للسيلان مع ابتداء معالجة الزهري بشدة (راجع علاج الزهري) .

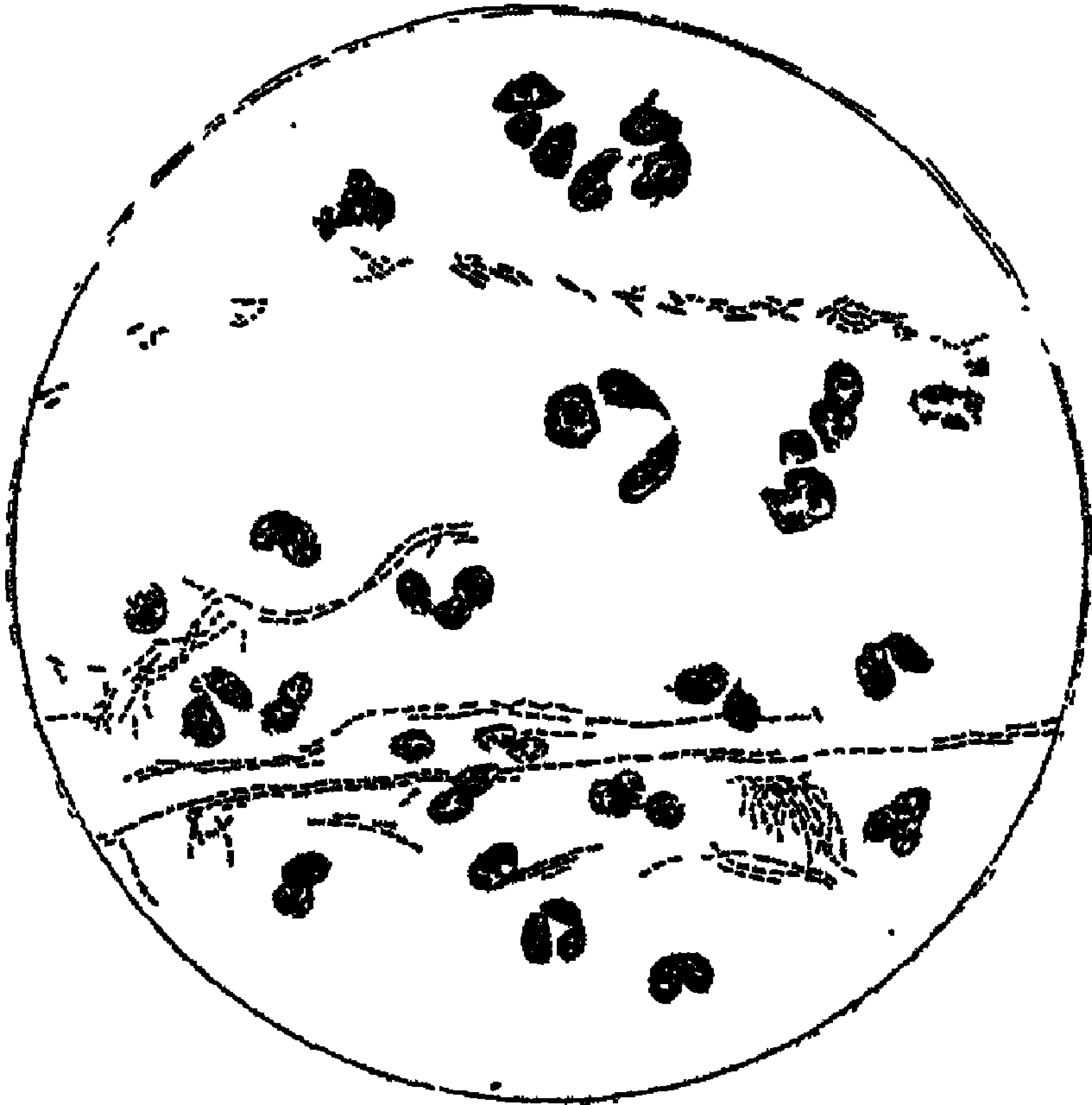
المجرى للمثانة ، ويندر ايضاً ظهور مضاعفات ثانوية له . ويعالج باستعمال غسيل مطهر بمحقن السيلان الصغيرة الزجاجية أو باستعمال طريقة «جانيت» أو بأى طريقة يفضلها الطبيب. وقد نحتاج لمس قرحة تكون نتجت صدفة بمجرى البول من وجود الالتهاب البسيط ولذا نستعمل اليوريثرسكوپ . وقلما نضطر « للتوسيع » لأنه ينـدر حصول « ضيق » من هذا الالتهاب . ولا يوجد أسـے مانع يمنع من تتميم العلاج بتجهيز « ڤاكسين » من ميكروبات هذا الالتهاب بأخذ عينة من المريض نفسه وزرعهـا . ويمكننا استعمال أنواع ڤاكسين السوق المجهزة من نوع هذه الميكروبات . وتجب معالجة أى مضاعفات ثانوية تظهر طبقًا للقواعد التى ذكرناها سابقًا . وهذا هو نوع التهاب مجرى البول الذى يظنه كثيرون من المرضى اصابة « سيلان » شفيت فى ٨ الى ١٠ أيام مـع انه التهاب بسيط . ومع ان ميكروب السيلان لم يكن سببا في الالتهاب ولم يوجد بالمجرى .

القرحة الرخوة

(سوفت شانكر . ڤايشه شانكر . السكوس مول . شانكر مول)

اسباب المرض (إتيولوجى) — ان السبب فى القرحة الرخوة هو ميكروب (ستربيتوباسيل دوكريه – رسم نمرة ٦٧) ، وبعد مباحث (كريفتينج) و(أونّا) وغيرهما مثل (نيكول) الذى لقح قرداً بهذا الميكروب فظهرت عليه قرحة رخوة ، ووجد بالقرحة بعد فحص عينة منها نفس الميكروب ، زاد اعتقاد العلم فى ان هذا الميكروب هو السبب فى القرحة الرخوة . وبعد ذلك قام غيرهم[1] بزرع هذا الميكروب فى « انابيب زرع الميكروب»(كلتشر تيوبز). وقد أخذ (توماسكوڤيزكى) الميكروبات التى تم نموها فى هذه الأنابيب ولقح بها القردة فظهرت عليها قرح رخوة ، وبأخذ عينات من هذه

(١) (جريفون) و (ايه سور) و (لينجليه) .



(رسم نمرة ٦٧)

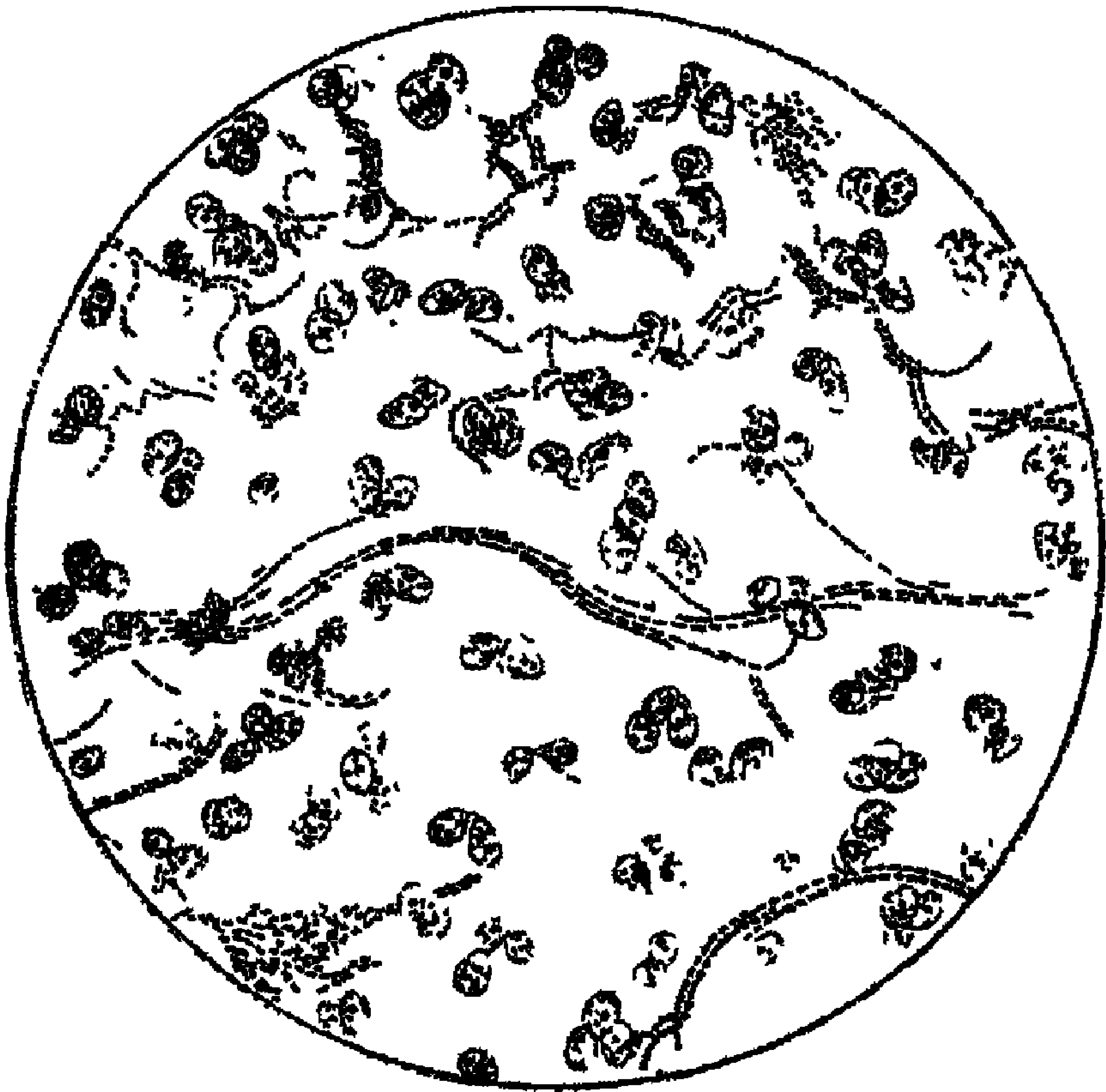
ميكروب القرحه الرخوة ، ويلاحظ ان هذه العينة مركبة من قسمين :— (١) فوق باسيل دوكريه مبعثر ، و (٢) تحت : باسيل دوكريه مرصوص بشكل سلاسل . (تكبير ٨٠٠ مرة ، والصبغة بالميتيلين الارزق) « ليبشيتس » .

القرح وجد (ستربيتو باسيل دوكريه) . وبذلك ذهب كل شك فى ان هذا الميكروب هو السبب فى القرحة الرخوة . وهذا الميكروب مستطيل وطوله ١ ١/٤ μ (ميكرون)[1] الى ٢ (ميكرون) وسمكه ١/٣ ميكرون - راجع (رسم نمرة ٦٧) . ونكتفى هنا بأن نذكر انه يمكن فحص عينة ميكروسكوبيًا تؤخذ بكحت سطح القرحة الرخوة وبعد صبغها أولا باحدى الطرق الآتية :—

« طريقة أونّا » وهى عبارة عن صبغ العينة بمحلول (بوليكروم ميتيلين بلاو)

---

(١) (ميكرون) هي وحدة مقياس الميكروبات وهي عبارة عن جزء واحد من الف جزء من المللى ميتر . ويرمزون لهذه الوحدة عادة في الكتب العلمية بهذه العلامة μ



(رسم نمرة ٦٨)

ستريبتوباسيل من قرحه رخوة على الساق ، والرسم يمثل قطاع من القرحة الرخوة (تكبير ١٠٠٠ مرة ، والصبغه بطريقة پاپنهيم المعدلة) « ليبشيتس ».

أى الميثيلين الازرق . ونفضل استعمال طريقــة « أونّا — پاپنهيم » (راجع صفحة ٢٦٩) التى يجوز أيضاً استعمالها فى صبغ عينات مأخوذة من أغشية الجسم وفيها نرى ميكروب القرحة بلون أحمر ارجوانى ونرى نواة الخلايا الصديدية بلون أزرق . وتوجد طرق كثيرة لتشخيص هذا الميكروب ننصح القارىء بمراجعة مؤلفات البكتريولوجيا لدراسة تفاصيلها .

طرق العدوى : — تنتقــل العدوى بواسطة التلقيح كما هي فى الزهرى . وأما الافرازات التى تكون معدية فى الزهرى مثل « الريق » و « اللبن » لا تكون معدية فى القرحة الرخوة . ولوحظ ظهور القرحة الرخوة على أعضــاء الرجال التناسلية أكثر من ظهورها على أعضاء النساء في حالة نظافة النساء من الوجهة الهيجينية . وكما انها

ب الاعضاء التناسلية فقد تصيب أيضاً أى نقطة من نقط الجسم تتعرض للتلقيح بميكروبات القرحة الرخوة. ولوحظ أن الجلد أكثر تعرضاً للعدوى من السطوح المخاطية .



(رسم نمرة ٦٩)

القرحة الرخوة ـ شكل عينة من ميكروبها المزروع فى «مزرعة أجاردموى» . «شتين»

شكل القرحة وطريقة نموها : ـ يبدأ ظهور القرحة الرخوة بحجم رأس الدبوس وباحمرار بسيط مع ارتفاع قليل فوق سطح الجلد ، ثم يتضاعف هذا الحجم مع وجود بعض التكون الصديدى وسط القرحة الصغيرة في ثاني يوم لظهورها ، ثم يبدأ ظهور الصديد في وسطها مع تضاعف حجمها في ثالث يوم ، ثم يزداد تكون الصديد داخل القرحة ليصير حجمه بمقدار ثلث او نصف سنتيمترا فى اليوم السادس او الثامن ، ثم يبدأ التأكل السريع ، وفى أحوال كثيرة تصل لحجم القرش الصاغ أو حجم قطعة ٥ قروش . وبما أن الافرازات الصديدية التى تفرزها القرحة فى أول أسبوعين أو ٣ أو ٤ أسابيع تكون معدية جداً فان أجزاء الجسم الأخرى التى حول القرحة تتلقح بميكروبات القرحة الموجودة فى افرازاتهـا ، وتظهر على المريض قرح

رخوة جديدة وهذا هو السبب فى اعتياد القرحة الرخوة ان تكون متعددة [1] فقد يصل عدد القرح عند مريض واحد الى ٣٠ أو ٤٠ قرحة أو اكثر من ذلك وهذا نادر طبعاً . وأحيانا تكون القرحة الرخوة واحدة فقط ، ولكن لا يحصل ذلك غالباً الا فى الحالات التى يستشير اصحابها الاطباء بسرعة عند ظهور القرحة ، فيمنع الطبيب طبعاً انتشار العدوى من المريض لنفسه . وبعد مرور شهر تقريباً يبتدىء ورم القرحة واحمرارها يختفيان شيئاً فشيئاً وتصبح الافرازات غير معدية جداً ولذا فلا يحصل تلقيح جديد من قرحة المريض لجلده الآخر السليم .

موقع القرحة الرخوة من الجسم

لوحظ أن القرحة الرخوة تصيب **النصف الاسفل من الجسم** (أى تحت السرة) اكثر جداً من إصابتها **للنصف العلوى من الجسم** (أى فوق السرة) ، وهذا هو ما دفع رجال الطب السابقين لتسمية مرض القرحة الرخوة « المرض التناسلى الاكثر تناسلية من الامراض التناسلية الأخرى » [2] ، لأن الصفة التناسلية لهذه الامراض نشأت عن كثرة انتشار هــذه الامراض على منطقة الأعضاء التناسلية وهى الأعضاء الموجودة بالنصف السفلى من الجسم .

وأما موقع القرحة الرخوة فى **القضيب** فيكون كالآتى . يكثر ظهورها على طول سطح القضيب اكثر من باقى أجزاء القضيب . ويندر جداً ظهورها على فتحة القضيب ، ولم أر من هذا النوع الا حالتين اثنتين مع أن « ميليان » فى آخر مؤلف [3] له لسنة ١٩٣١ ذكر أنه لم ير الا حالة واحدة . ولم أر الا حالة واحدة من القرحة الرخوة داخل مجرى البول الأمامي ولخطورتها وللدور الطويل الذى أخذته فى علاجها سأشرحها فى فرصة

---

(١) راجع صفحات ٦١ و ٦٢ و ٦٣ جيداً .

(٢) C'est la plus vénérienne des maladies vénériennes.

(٣) Le Chancre Mou, par Milian; p. 10, Paris 1931.

أخرى . و يندر أيضاً ظهور هذه القرحة على « **حشفة القضيب** » [1] ولو أنها كثيراً ما تصيب هذه الحشفة فى أسفلها و ينتج عن ذلك أحياناً نزيف ناتج عن تآكل سطوح الشريان الموجود بأسفل هذه الحشفة . وعالجت عدة حالات من القرحة الرخوة فى هذا الموضع ويمكننى أن أقرر أنه يحدث أحياناً أن يكون النزيف من هذا النوع عنيداً جداً لدرجة تضطرنا لعمل عملية جراحية صغيرة لنربط الشريان المقطوع ، وفى حالة وجود القلفة نضطر لعملية الختان - أى بتر القلفة - لنتمكن من ربط الشريان ، لأن القلفة فى مثل هذه القرح تكون متورمة جداً لا يمكن ارجاعها للخلف لنكشف الحشفة لنصل للشريان لنربطه . وتصيب القرحة الرخوة أحياناً « **فتحة القلفة** » ، و ينتج عن ذلك التهاب وتورم بالقلفـة يشبه التهاب وتورم القلفة فى القرحة الزهرية ، مع فارق واحد بينهما وهو أن التبول هنا يكون أقل عسراً منـه فى حالة القرحة الزهرية ، وأما ارجاع القلفة للخلف لكشف الحشفة فهو واحد فى عسره فى القرحتين .

وفى حالة اصابة « **الفرج** » بالقرحة الرخوة فان الاصـابة تكون فى أكثرية الأحوال أما خارج الفرج ، وأما على حافة التصاق الجلد بالسطوح المخاطية . و يندر أن تظهر على السطوح الخارجية أو الداخليه للشفرين الكبير والصغير . ولكنها ليست نادرة على « **قلفة البظر** » عند الفتيات أو النسـاء الحاملات للبظر ، وهن فى مصر أقلية ، ولكن فى البلاد الأخرى يكثر حدوث مثل هذه الاصابة .

وتكثر اصابة « **فتحة الشرج** » بالقرحة الرخوة عندالنساء أكثر منها عند الرجال ، وتعود هذه الكثرة لسبب واحد ، وهو أن النساء عندما يكن مصابات بالقرحة الرخوة على أعضائهن التناسلية فتنتقل العدوى بسهولة من منطقة الفرج الى فتحة الشرج لسهولة

---

(١) ويقول « ميليان » فى الصفحة نفسها ما يعزز ما ذكرناه عند الكلام عن « طرق العدوى » من أن ميكروب القرحة الرخوة يصيب الجلد أكثر من السطوح المخاطية ، حيث ذكر « ان باسيل دوكريه لا يحب السطوح المخاطية لأن له غرام خاص بالجلد »

"...car le bacille de Ducrey n'aime pas les muqueuses. Il a une affinité particulière pour la peau."

تسلسل الافرازات الصديدية من القرح الفرجية الى فتحة الشرج ، وأما عند الرجال فالمسافة بعيدة من الوجهة التشريحية للاعضاء التناسلية للذكور [1].

وقليلاً أن يصاب المهبل بالقرح الرخوة ، ولكن هـذه القلة قلة نسبية مقاسة بالعدوى الجلدية الخارجية . واكثرية القرح التي تصيب المهبل تكون عند الحد الفاصل بين السطح الداخلي للشفرين الصغيرين ولسطح المهبل .

ويندر ظهور القرح الرخوة على جوانب « عنق الرحم » ولم أر الا ٣ حالات من هذا النوع ، والثقاة مجموعون على هـذه الندورة . ورأيت مرة واحدة حالة قرحة رخوة على الشفة السفلى لفتحة عنق الرحم الأمامية ، ولقد أتعبتنى فى علاجها وسببت للمريضة عدة متاعب خصوصاً أيام « الحيض » ، واذكر أن المؤلفات الطبية ذكرت بعض حالات القرح الرخوة حول عنق الرحم ، ولكنني - على قدر اطلاعى - لا أذكر أن أحداً اطلع على حالة قرحة رخوة على فتحة عنق الرحم ، وسأشرح هذه الحالة فى الظرف المناسب .

أما وقد انتهينا من ذكر مواضع القرح الرخوة على الأعضاء التناسلية عند الذكور والأناث فنتكلم الآن عن **مواضع ظهور هذه القرح على باقى أجزاء الجسم** : —

---

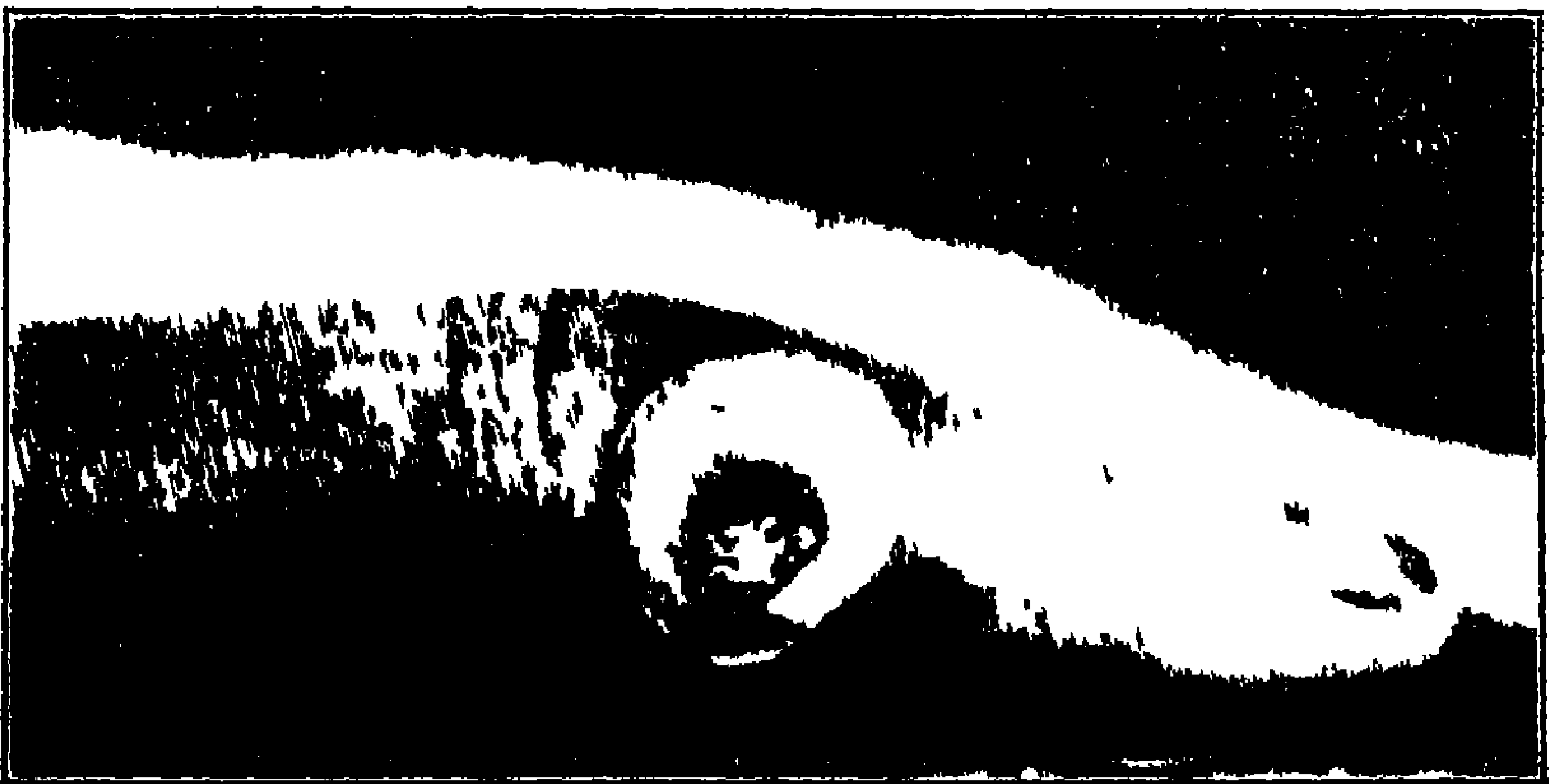
(١) ومن الوجهة النظرية يمكن حدوث الاصابة بالعدوى باللذ ورايضاً بواسطة انتقال الميكروب للفتحة ، ولكن عملياً يندر حدوث ذلك . ولا تحدث العدوى — فى أكثرية الحالات — للذكور الا من الجماع الشاذ .

ولاحظت ان من يصابون بالقرحة الرخوة على فتحة الشرج — ذكوراً أو اناثا — يصابون حتما بعارض « الامساك » لأنهم يمتنعون عن التبرز امتناعاً قد يصل ليومين أو ثلاثة أو الى ٥ أو ٦ أيام فى بعض الحالات ، وذلك تحاشياً للألم الذى يقاسونه من عملية التبرز من وجود القرحة الشرجية . ولذلك يمكننى ان اؤكد ان العناية بعلاج هؤلاء المرضى وهذه المريضات بسرعة واجب محتم على الطبيب . وواجب المرضى والمريضات بسيط . وهو استشارة الطبيب بمجرد ظهور المرض ليتمكن من تلافى اخطاره قبل استفحاله.

(١) لا يوجد ما يمنع من ظهور القرحة الرخوة على أية نقطة من الجسم طالما تتعرض هذه النقطة للتلقح بباسيل دوكريه ، مع ملاحظة أن الجلد أكثر تعرضاً من السطوح المخاطية .

(٢) النصف العلوى أقل تعرضاً من **النصف السفلى** للجسم لهذه العدوى.

(٣) من أكثر الأعضاء تعرضاً للعدوى هى « **الاصابع** » أى أصابع اليدين، ويعود ذلك الى أن المرضى والمريضات قليلو الاحتياط فى مسألة تطهير اليدين عند لمس القرح الرخوة ، وهذه القرح سريعة العدوى - فى حالتى الفحص أو القيام بعلاج هذه القرح ، ويحدث أن يصاب الأطباء بالقرحة الرخوة فى أصابعهم ، ولا ينتج هذا فى أكثرية الحالات عن اهمال فى التعقيم ولكن يحدث عادة نتيجة لحادثة تصيب الطبيب رغم عنايته . انظر مثلاً الى « الرسم نمرة ٧٠ » تجد قرحة رخوة على أصبع طبيب نتجت من عدوى بواسطة جرح أصاب أصبع الطبيب عندما كان يفتح خراجاً لمريض بالقرحة الرخوة ، ولولم يتحرك المريض حركة عنيفة أثناء عملية فتح الخراج لما جرح طبيبه .



(رسم نمرة ٧٠)

قرحة رخوة على أصبع طبيب . نتجت عن جرح الأصبع أثناء فتح « بيوبون » .
وكل طرق التطهير لم تمنع من ظهور القرحة بعد ٤٨ ساعة من العدوى

وفيما عدا الاسباب السابق ذكرها فان الاصابع لا تصاب بالقرحة الرخوة الا نتيجة لطرق الاستمتاع التناسلى المختلفة ، وأهمها هى أن يلمس الذكر الاعضاء التناسلية للأنثى ، أوالعكس ، للوصول للذة تناسلية بغير الجماع أو قبله ، وهذا هوسبب العدوى عند البنات أو الأولاد صغيرى السن فى اكثرية الحالات عند هذين النوعين من المرضى بالقرحة الرخوة .

(٤) القرحة الرخوة على اللسان : هذه العدوى نادرة ، وندورتها لا تعود الى قلة تعرض اللسان للعدوى بل تعود الى أن اللسان مغطى بسطح مخاطى ، وباسيل دوكريه غير ميال بطبيعته لتذوق طعم السطوح المخاطية اللهم الا اذا أكره على ذلك بواسطة الاحتكاك المستمر لزمن طويل بهذه الميكروبات . ولذلك ترى مثل هذه العدوى نادرة جداً وسط الشعوب التى لم تتفنن بعد فى الشهوات التناسلية التى تعتقد انها محرمة . ومما يعطى القارىء فكرة عن حصانة السطوح المخاطية ضد باسيل دوكريه هو أن علامة مثل «جوشيه» الفرنسى لم يذكر فى صحيفة الجمعية الطبية للامراض التناسلية الا حالتين اثنتين للقرحة الرخوة باللسان ، مع أن هذه الاصابة لا تنتج عادة الا عن استخدام ما يسمونه «العادات الفرنسية» وهو فرنسى يعالج الفرنسيين والفرنسيات، وهم المنسوب لهم ولهن - حقاً أو ظلماً - اختراع طرق استخدام اللسان فى الملاذ التناسلية . والمؤلف لم ير اكثر من قرحة واحدة على اللسان فى مصر، وهذه القرحة كانت على لسان راقصة هنغارية فى طريقها الى الهند الصينية . وموقع هذه القرحة كان على بعد سنتيمتر واحد من طرف اللسان الأمامى وحجمها لا يزيد عن حجم «حبة العدس»، وكانت مغطاة بطبقة من الصديد المتماسك ، ومصحوبة بتورم قليل فى اللسان يجعل التلفظ بالألفاظ العادية شاذاً فى سماعه (ويقول « جوشيه » فى الحالتين التى ذكرهما ان التلفظ كان شاقاً جداً ، وذلك كان طبعاً نتيجة لتضخم اللسان تضخماً كبيراً) . والتشخيص فى هذه الحالات لا يكون سهلاً فى أول الأمر لابتعاد فكرة القرحة الرخوة عن ذهن الاخصائى . ولكن الطبيب المدقق ، وخصوصاً اذا أسعده الحظ برؤية حالة من هذه الحالات ، يلجأ حالاً لفحص عينة ميكروسكوبية من هذه القرحة ، وبمجرد وجود باسيل دوكريه يمكنه تشخيص الحالة .

وهنا نستلفت نظر المشخص الى دراسة تواريخ التعرض للعدوى باللسان ، لأنه يحدث أن يكون مجرد وجود القرحة الرخوة فرصة سعيدة لتشخيص قرحة زهرية على اللسان أيضاً لأن القرحة المفحوصة قد تكون من نوع «الشاكر المختلط» أى القرحة المزدوجة العدوى بباسيل دوكريه و بالسپيروشيا پاليدا . والميكروسكوب و باقى ما ذكرنا سابقاً من المميزات تساعد الطبيب على تقرير اللازم لمريضه .

(٥) القرحة الرخوة على الشفتين : هذه العدوى نادرة فى اوربا مع كثرة استخدام الشفتين فى الملاذ التناسلية هناك ، ولكنها نادرة لتفهم القوم هناك معنى النظافة والوقاية الصحية التناسلية . ولكن هذه العدوى كثيرة الانتشار فى مصر مع قلة انتشار استخدام الشفتين فى الملاذ التناسلية ، وذلك يعود طبعاً للسهولة الطبيعية والمالية فى استخدام شفتين مأجورتين للوصول للملاذ التناسلية مع جهل تام لمعنى النظافة والوقاية الصحية التناسلية .ولذلك فانى رأيت هنا اكثر من ٣٧ حالة قرحة رخوة على الشفة العليا أو السفلى أو على الاثنتين معاً مع أن «ميليان» نفسه لم ير فى باريس اكثر من حالة واحدة[1] ،مع وجود الفارق العظيم بين مايعمل من ملاذ بالشفتين فى باريس وما يعمل بهما فى مصر .

ولتشخيص القرحة الرخوة على الشفة يجب ملاحظة الفوارق بينها و بين القرحة الزهرية والسرطان ، وهى فوارق ظاهرة وذكرناها سابقاً . ولا بد من أخذ عينة لرؤية باسيل دوكريه فيها ، ووجود هذا الميكروب ينفى حالة وجود «هيرپس» الشفة أيضاً.

(٦) وتظهر القرحة الرخوة على باقى أجزاء الجسم ، ولاحظ « نيكولاو » [2] ظهورها على الثدى على بعد نصف سنتى متر من الحلمة ، وكان الثدى متضخماً ومتحجراً .ولم تظهر عليه أعراض الالتهاب الصديدى . ولم يعثر « نيكولاو » فى كل التاريخ الطبى الا على ٣ حالات من هذا النوع . والمؤلف لم يصادفه ولا حالة واحدة من هذا النوع .

---

(١) كتاب ميليان السابق الذكر (صفحة ٩) .

(٢) Nicolau: Soc. de Dermatologie de Bucarest, 6 mars 1929 p. 71.

(٧) وقد تظهر القرحة الرخوة على العجزين عند الذكور والاناث من استخدام الجماع الشاذ فى أكثرية الحالات . ورأيت حالة واحدة عند شاب جامع امرأة جماعاً طبيعياً ولكنه أخذ العدوى على عجزيه بواسطة تلقيح عجزيه من فراش المرأة الملوث بالافرازات المحتوية على باسيل دوكريه من قرحة رخوة موجودة على عجز المرأة ، وتحققت من هــذا التعليل بواسطة فحص جسم المرأة وطريقة الجماع التى شرحها لى الشاب الذى لم يختلط بغير هذه المرأة لمدة ٣ شهور قبل ذلك .

انواع القرحة الرخوة

(١) **القرحة الرخوة العادية** وهى التى جئنا على وصفها فى (صفحات ٦١ و ٦٢ و٦٣) وهى اكثر الانواع انتشاراً (٢) **القرحة الرخوة المرتفعة** (السكوس مول ايلفيتوم) وهى قرحة يكون سطحها مرتفعاً عن حافتهــا وعن سطح الجلد ، ويكثر ظهورها كقرحة واحدة ، أى لا تكون متعددة . (٣) **القرحة الرخوة الجرابية** (اولسيرا فوليكيولاريا) وهى قرحة رخوة تظهر بشكل حليمات صغيرة عند جذور الشعر أى عند فتحة جراب الشعرة (هيرفوليكيل) ، وتبتدىء تلك الحليمات تتقرح فى وسطها ويستمر تقرحهــا بعمق تحت الجلد فتسقط أحياناً كل شعرة فى أسفلهــا قرحة . وبما أن حجم هذه القرح يكون صغيراً وعددها كبيراً فقد أعطاها (فيرنر) اسم « اولسيرا ميليار يا » أيضاً وهو الاسم المعروفة به جيداً فى المؤلفات الانجليزية . ويكثر ظهور هذا النوع عند النساء ولو انه يظهر أحياناً عند الرجال . وتظهر هذه القرح عادة على الشفرين الكبيرين حتى نهاية شعر العانة ، وعند الرجال تظهر على الصفن (سكروتم) وعلى العجان (پيرينيم) وعلى الفخذين والعجزين . ولوحظ أن هذا النوع يكون مؤلماً جداً وقد تكون رائحة افرازاته الصــديدية كريهة للغاية (٤) **القرحة الرخوة الثعبانية** (السكوس مول سيرپيجينوزا) وهى قرحة رخوة



(رسم نمرة ٧١)
قرحة رخوة متآكلة جداً « الكوس فاجيدينيكوم »
ويلاحظ مقدار اتساعها وفتكها حتى بأسفل البطن وبالفخذ (راڤو) .

تنتشر وتتسع وتكون حافتها زرقاء اللون حمراء غير منتظمة ومتعرجة بشكل ثعباني وترى سطحها متسخاً متآكلا عليه افرازات صديدية . وكلما تقدمت القرحة ترى عملية الشفاء والالتحام ابتدأت فى طرف من القرحة وعملية التقرح سائرة فى الطرف الآخر بعكس القرحة الزهرية التى تلتحم عادة من جميع أطرافها على السواء . ولوحظ أن هذا النوع قد يزمن الى وقت طويل . وقد ذكر (ماك دوناخ) حالة مكثت فيها قرحة من هذا النوع لمدة ٢٩ سنة . وتوجد أنواع أخرى يضيق المقام هنا عن شرحها مثل القرحة المتآكلة جداً (الكوس فاجيدينيكوم -رسم نمرة ٧١) أو القرحة الغنغرينية (الكوس جانجرينوزوم) ، أو القرحة الدفتيرية (الكوس ديفتيريتيكوم) وهكذا .

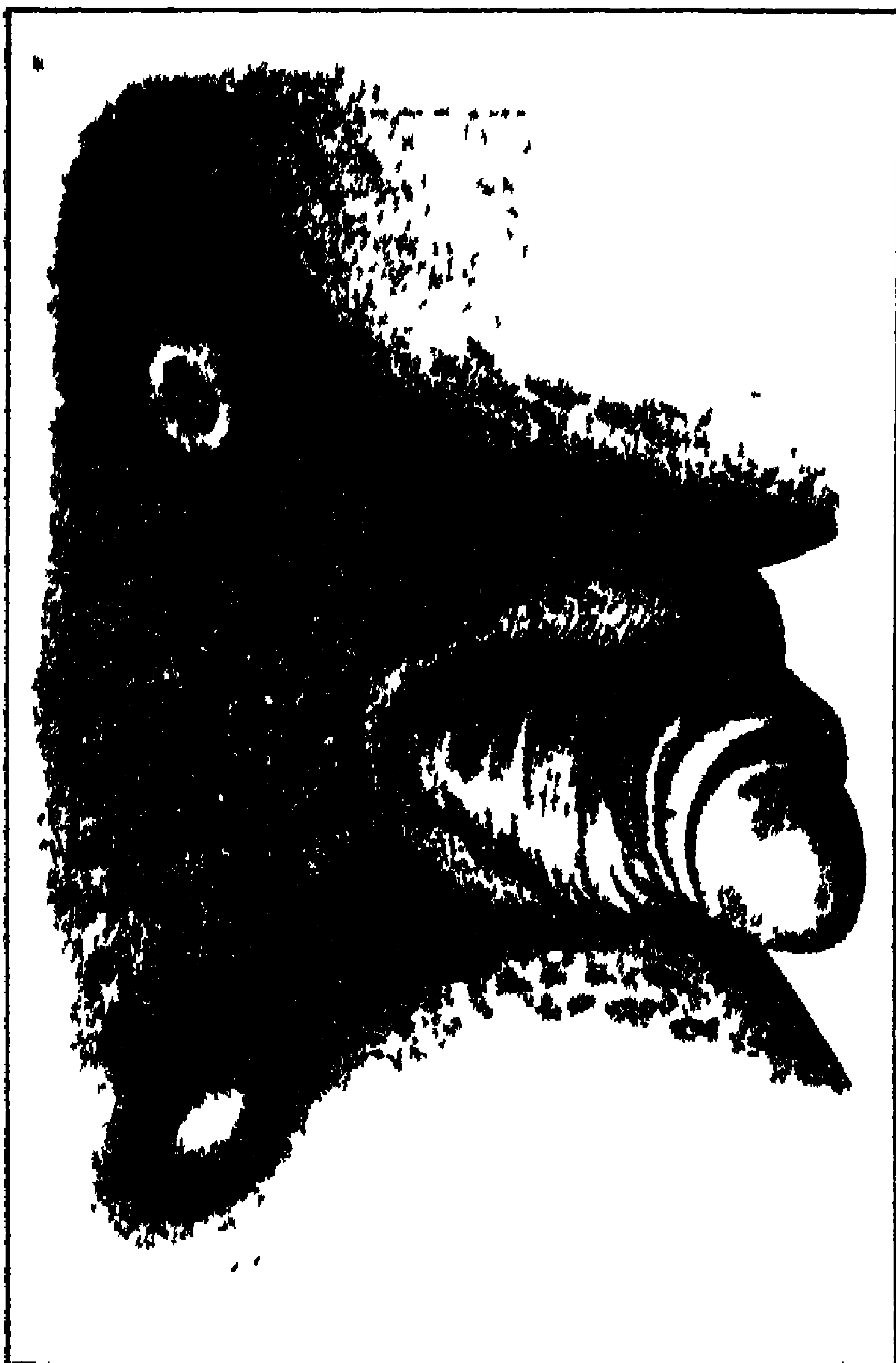
التشخيص

لا توجد مشقة عند التشخيص الا لتمييز هذه القرح من القرحة الزهرية ، وقد فصلنا ذلك فى (صفحات ٦١و٦٢و٦٣) . وقد يحتاج الطبيب لتمييز القرحة الرخوة من الورم التؤلولى (كونديلوماتا لاتا) ولكن اذا لاحظ أوصاف هذا الورم (صفحة ٩٦) وباقى أعراض الزهرى فيمكنه لتمييز بينهما بسهولة . وقد يحتاج للتمييز بينها و بين التهاب الحشفة ولكن بمجرد تنظيف هذا الالتهاب بمحلول مطهر ورشه بمسحوق مطهر قابض كافيان لتشخيص التهاب الحشفة لأن القرحة الرخوة لا تشفى عادة بهذه السهولة . ولتمييز القرحة الرخوة من (الهيربس التناسلى) يلاحظ أن تقرح الجلد فى الهربس يكون غالباً تقرحاً سطحياً بسيطاً ويشفى بسهولة من استعمال المطهرات العادية بعكس القرحة الرخوة . وفى حالة وجود بثور من العدوى التانوية فى (مرض الجرب) قد يحصل شك فى انها قرح رخوة ولذا فيلاحظ الطبيب باقى أعراض الجرب عند المريض . وعلى العموم لتشخيص القرحة الرخوة ينظر الطبيب لمميزات القرحة أولا ثم لا بد من أخذ عينة وتجهيزها فيرى فى أغلب الاحيان ميكروب القرحة الرخوة . وأحياناً تظهر عند المريض قرحة رخوة وبعد مرور اسبوعين أو ٣ أسابيع لا تشفى القرحة بل ربما تتسع وتتصلب فيجب التفكير دائماً فى أن العدوى بالقرحة الرخوة قد يصحبها عدوى بميكروبات الزهرى فتظهر القرحة الرخوة أولا وبعد مضى دور الحضانة للزهرى تظهر القرحة الزهرية فوق القرحة الرخوة . ويسمون القرحة المردوجة هكذا بالشانكر المختلط[1] (شانكر ميكست) وفى هذه

(١) مع ان كل العلماء مثل «هودان» و « وشكه» و « يسر » و « فيسحر » و « ابرليش» وغيرهم يعترفون بوجود Chancre Mixte ولكن « ماكدونلد » ادهشنا اخيراً عند ما انكر وجود مثل هذا الشانكر المخلط اذ قال

". I am prompted to believe that the persistence in the literature of the occurrence of the dual infection is due to tenderness to the *amour propre* of the clinician "

والشانكر المختلط هو حالة وجود القرحة الزهرية مع القرحة الرخوة فى مكان واحد ، ولذا يجب التمييز بينه وبين وجود قرحة رخوة وقرحة زهرية عند مريض واحد كالحالة التى شرحناها فى الرسم نمرة ٧٢



(رسم نمرة ٧٢) قرحة رخوة على جلد القضيب ، وترى بأسفل العانة على الجبين الأيمن والأيسر غدتين ملتهبتين وبكل منهما خراج ، وبعد بضعة أسابيع ظهرت قرحة زهرية بأسفل الحشفة .

الحالة يجب على الطبيب ابداء رأيه بحــذر ويجب عمل كل التحاليل الميكروسكوپية والبكتريولوجية اللازمة لاتقان التشخيص بعد درس المريض اكلينيكياً .

علاج القرحة الرخوة

العلاج الطبي الوقائي — : يتركب هذا العلاج من غسل العضو الذى قد يتعرض للعدوى بميكروبات القرحة الرخوة بالماء والصابون ، ثم بتطهير هذا العضو بمرهم زئبق أو بمرهم راسب أبيض أو بمرهم كالوميل . و بعضهم ينصح بدهان العضو بصبغة اليود المخففة ، أو بغسل العضو بالماء الأوكسيجينى ، أو بغسل العضو بمحلول السليمانى أو بمحلول سيانور الزئبق بمقدار (١ فى ١٠٠٠) .

هذه هى الطرق التى نستخدمها . ولكن هل هى طرق مضمونة ناجحة فى الوقاية ؟ لا يمكن الاجابة على هذا السؤال بدقة علمية لأن أحداً لم يقم بعمل احصائيات تساعد على الاجابة على هذا السؤال .

ومن المعلوم أن القرحة الرخوة تكون ذات سطح متأكل غير منتظم ، فأقل احتكاك بهذا السطح يكون مؤلماً جداً للمريض ، ولذلك يستغرب بعضهم كيف يتأتى لمريض أو لمريضة بالقرحة الرخوة أن يقوم أو تقوم بعملية الجماع مع وجود القرحة على العضو التناسلى مع ما فى الاحتكاك من ألم . ولأهمية هذه المسألة من وجهة الوقاية نذكر هنا كيفية حصول العدوى مع عدم ظهور التألم عند الجماع على الشخص الحامل للعدوى : —

(١) تحدث العدوى بواسطة ميكروبات موجودة بصديد ينساب فوق العضو من قرحة تكون عميقة مثل قرحة على عنق الرحم ، أى تكون بعيدة نوعاً عن الاحتكاك الشديد .

(٢) تحدث العدوى من قرحة تكون فى نهاية دور الشفاء ، ولكن لم يتم لها الشفاء بعد ، ولذلك تكون معدية ولكنها ليست مؤلمة لحاملها .

(٣) تحدث العدوى من ميكروبات يحملها شخص غير مريض بالقرحة ولكن

الميكروبات موجودة على عضوه التناسـلى ، كما يحصل عند بعض العاهرات اللواتى يجامعن أشخاصاً متعددين بدون أن يغتسلن فى الفترة التى تفصل كل زيارة عن تاليتها.

العلاج الموضعى — : لا يوجد علاج موضعى مخصوص للقرحة الرخوة بل يتبع كل طبيب ما يراه بخبرته نافعاً مفيـداً فى علاجها . ونحن نقدم للقارىء ملخص رأينا ورأى أكثرية العلماء فى هذا العلاج تاركين لكل طبيب الحرية فى انتقاء ما يستحسنه لكل حالة حسب شدة العدوى وشكل القرحة وقوة فتكها بمريضه . فان كانت القرحة على الجلد فيستحسن بعضهم بترها بعد تخـدير الجلد بواسطة (كلور إيتيل) مثلا ، ويرش الطبيب مكان البتر بمسحوق (يودوفورم) ويمكنه أن يربط الجرح برباط بطبقة من (مسحوق بوريك واوكسيد زنك) ويتم العلاج بمراقبة هذا الجرح وتنظيفه ، وهذه العملية – مع اننى كنت أجيزها سابقاً – الا اننى وجدتها باختبارى عملية وحشية ولا يصح عملهـا . وان كانت القرحة فى موضع لا يمكن بتره بسهولة كأن تكون على حشفة القضيب مثلا فيمكنه تنظيف القرحة جيـداً بغسيل ساخن مطهر مثل محلول (برمنجنات البوتاسا ١ فى ١٠٠٠ أو ٢٠٠٠) أو محلول (ماء اوكسيجينى ١٠ فى ٤٠ ماء ساخن) ثم يرش القرحة بمسحوق (يودوفورم) . وكثيراً ما يكون المريض من وسط راق فلا يستحسن أن يرش الطبيب (يودوفورم) لأن رائحة هذا الدواء كريهة ويشمها كل من يأتى بالقرب أو من البعد من المريض وخصوصاً فى بلاد طقسهـا مثل مصر . ويمكن الطبيب أن يستعيض عن هذا الدواء بدواء آخر مطهر مثله ، وتوجد مجموعة من هذه الأدوية أهمها (أريستول) و (ديرماتول) و (فيوفورم) و (يوجوفورم) و (يودول) و (يوروفين)[1] و (نازوفين) و (كرورين) و (يودوفورموجين) ، وأفضـل استعمال مسحوق (يوروفين ٥ جرام ، مسحوق حمض البوريك ١٥ جرام – يرش على القرحة بعـد الغسيل) ويمكن استعمال هذا المسحوق[2] (ايزوفورم ١٠ جرام . كالسيوم فوسفوريكوم ٩٠ جرام . يرش على القرحة بعد الغسيل) .

---

(١) Europhen (Isobutylorthocresoliodide).

(٢) « فيك » «Weik» .

وقد كان « دوكريه » مكتشف ميكروب القرحة الرخوة وصاحب الخبرة الواسعة فى هذا المرض يستخدم المحلول الآتى : —

كلورير الزنك	٣٠ جرام
ماء مقطر، كمل الى	٣٠ جرام

وطريقته هى أن ينظف القرحة جيداً من الافرازات وغيرها ، ثم يمس سطح القرحة حتى « يبيض » ويكرر هذه العملية كل ٣ الى ٤ أيام . فقط يلاحظ أن عملية المس المذكورة مؤلمة جداً للمريض ، ويستمر هذا الألم الشديد لمدة نصف ساعة الى ساعة كاملة بعد المس . وبعد المس تغطى القرحة بمسحوق بسيط مثل مسحوق اليودوفورم ، ولكن اليودوفورم مع ما له من قوة مطهرة قوية ضد هذه القرحة الا أن له عيبه السابق الذكر وهو رائحته الظاهرة . وأفضل مسحوق الاريستول . ويستخدم « ميليان » فى مستشفى « سان لوى » بباريس مسحوقاً مكوناً من مقدار متساو من « أريستول » ومن «تحت نترات البيزموت» . ولاحظ أن لهذا المسحوق نتائج مشجعة وسريعة فى مساعدة التحام سطح القرحة .

وقد نصح (فينجر) باستعمال مسحوق (بيزموتوم صب بنزويكوم) . هذا هو العلاج بالتطهير الموضعى بالمساحيق . ولكن اذا كانت القرحة قرحة غنغرينية فنستحسن معالجة القرحة بواسطة تسليط تيار من محلول (برمنجنات البوتاسا ١ فى ٤٠٠٠) على القرحة ليطهرها. ويفضل وضع ٤ الى ٥لتر من هذا المحلول فى وعاء على ارتفاع ٢ الى٣ مترفوق القرحة ويفتح تيارالمحلول على القرحة حتى آخر نقطةفى الوعاء، وبعد ذلك ترش القرحة بواحد من المساحيق أو السوائل التى ذكرناها. ويمكن تطهير هذه القرحة بواسطة تيار (محلول ملح) أو تيار (محلول يوسول) كما يعالجون أحوال الغنغرينا فى حالات الجراحة . واذا كانت القرحة الرخوة داخل مجرى البول فيغسل المجرى بمحلول مطهر كل ٣ ساعات وتوضع « شمعة يودوفورم » (يودوفورم

بوجني)[1] (أى شمعة رقيقة معجونة بمسحوق يودوفورم) داخل مجرى البول . وقد نصح بعضهم بكى القرحة بمحلول (سلفات النحاس) أو (محلول نترات الفضة) أو (محلول حمض الفنيك) ولكننى لا أرانى ميالا لذلك قط لما قد ينتج عن ذلك من تهييج الأغشية وما يعقبه من الورم ولو انه يمكن الكى بحمض الفنيك النقى بدون نتائج سيئة . واذا كان لا بد من كى القرحة فلا بأس من استعمال الكى الكهربائى . وقد جربت معالجة القرحة الرخوة بواسطة علاج التحليل الكهربائى (ايليكتروليسيس) وحصلت فى قليل من الحالات على نجاح باهر فى ٦ الى ٨ أيام . وتوجد علاجات أخرى أهمها العلاج بالهواء الساخن[2] ويضيق المقام هنا عن شرحها . وقد نصح (ماك دوناخ) بحقن المريض بحقنتين (اينترامين) وبحقنة (تريبين) فى العضلات وهو يعتقد ان هذا يساعد فى تعجيل الشفاء وقد جربت هذا العلاج مراراً وأرى انه محق فى اعتقاده . هذا هو علاج القرحة الرخوة ولكن قد يصحب القرحة الرخوة التهاب فى الغدد الليمفاوية المجاورة وقد ينتهى هذا الورم بتكوين (بيوبو) - راجع صفحة ٦٢ - فتجب معالجة ذلك أولا بعمل مكمدات مثل مكمدات (خلات الرصاص) أو غيرها مع استعمال الفاكسين كما سيأتى بعدئذ . واذا شخص الطبيب وجود صديد فيفتح الخراج الموجود بعد عمل مكمدتين أو ٣ مكمدات ساخنة ويلاحظ أن الفتحة لا تكون صغيرة جداً فتقف فى سبيل تنظيف الخراج ولا تكون كبيرة جداً كالفتحة الجراحية المعتادة فتتسبب فى إطالة مدة علاج الجرح وهذه الاطالة تضايق المريض وتعطله عن أعماله . وقد لاحظت أن عمل حقن اليود الغروى أو حقن (يوديبين) يساعد جداً على تميم شفاء القرح الرخوة مع عدم ترك أثر سيء جداً مكانها كما هو المعتاد فى بعض الحالات .

---

(١) وجد المؤلف لفظة Suppository ٓنى بالعربية تحميلة او تلبيسة او فرزجة . ومنعا للارتباك فهو يستحسن استعمال هذه التراجم الالفاظ الآتية (قمع او تلبيسة Suppository)، و (تحميلة Pessary) و (فرزجة او شمعة بولية Urethral Bougie) .

(٢) هو لايندر Holländer .



(رسم نمرة ٧٣)

قرحة رخوة على الفرج . ويلاحظ ان سطحها واحرفها غير منتظمة . (ميليان) .

العلاج العام أو الفاكسينى للقرحة الرخوة : توجد أنواع مختلفة من هذا الفاكسين بالأسواق ، ومنها الجيد ومنها غير المضبوط ، وأفضل نوع ڤاكسين « دميلكوس »[1] وتركيبه كالآتى : —

«باسيل دوكريه	٢٢٥ مليونا
فلورير الصوديوم	١ ملليجرام

ماء فيسيولوجي فينيكى (بنسبة خمسة فى الألف) يكمل مقدار سنتى متر مكعب» . يعنى ان كل سنتى متر مكعب به ٢٢٥ مليونا من باسيل دوكريه .

(١) (Dmelcos.)

ونستخدم هذا الفاكسين كعلاج تكميلي للعلاج الموضعي ، ونبدأ بمقدار نصف سنتي مكعب حقناً بالوريد ، ثم نرفع المقدار الى سنتي مكعب يحقن وريدياً بعد ٣ أيام ، ونكرر هذا المقدار كل ٣ أيام . وفي الحالات العنيـدة يجوز رفع المقدار الى سنتي ونصف أو الى ٣ سنتي مكعب مع تنبيه المريض الى احتمال حصول رد فعل قوي إذ قد تصل درجة الحرارة الى دو٤٠° أو ٤١° .

ووجدت لهذا الفاكسين فائدة كبرى في علاج « البيوبون » عند بدء تكونه ، لأن ٦ الى ٨ الى حقن تدريجية من هذا الفاكسين قد تشفي الالتهاب البيوبوني وتمنع تكون الخراج البيوبوني فتوفر عمليـة جراحية وما يعقبها من آلام ومضايقات على المرضى . ولا يفشل الفاكسين عادة في منع تكون الخراج البيوبوني الا اذا كان الخراج بدأ يتكون ، أو اذا كان الالتهاب البيوبوني ناتجاً عن العدوى بباسيل دوكريه وغيره من الميكروبات في شكل عدوى مزدوجة .

علاج الشانكر المختلط : يوجه الاهتمام لعلاج القرحة الرخوة طبقاً للطرق السابق ذكرها ، مع الابتداء فوراً بعلاج الزهري بمجرد التحقق من تشخيص القرحة. ولوحظ أن علاج الزهري يساعد جداً على شـفاء القرحة الرخوة أيضاً ، وأفضل مادة في علاج الزهري تسـاعد على سرعة شفاء القرحة الرخوة هي مادة « سيانور الزئبق » بحيث تحقن يومياً بمقدار سنتيجرام الى سنتيجرام ونصف وريدياً . وأما الأملاح الزرنيخية فلوحظ أنها لا تسـاعد على شفاء الشانكر المختلط بسرعة السيانور الزئبق، ولذلك فاننا نبدأ بالسيانور ، وبمجرد شفاء القرحة نكمل العلاج الزهري بالزرنيخ والبيزموت .

هل مرض القرحة الرخوة مرض موضعي ؟

كان الاعتقاد سابقاً ان مرض القرحة الرخوة مرض موضعي لا يتعـدى منطقة العدوى كالقضيب أو الفرج أو الصفن مثلا ، ولا يزال كثيرون من الأطباء يعتقدون

هذا الاعتقاد، ولكننا نعرف الآن أن مرض القرحة الرخوة مرض ليس موضعياً لأنه قد ينتشر فى الجسم بواسطة انتقال « باسيل دوكريه » داخل الأوعية الليمفاوية من منطقة القرحة الرخوة الى أعضاء الجسم الداخلية . وسأذكر للقارىء الحالة الآتية على سبيل المثال : —

زارنى شاب مصاب بقرحة على ظهر القضيب على بعد ٢ سنتى متر من الحشفة ؛ وبفحصها وجدتها قرحة رخوة ، ووجدت بها باسيل دوكريه ، وكان مضى على آخر جماع ١٣ يوماً ، والقرحة ظهرت قبل زيارته بثلاثة أيام . وبدأت العلاج الموضعى وبعد يومين بدأ الشاب يشكو من ألم بالخصية اليمنى ، وبعد مضى يوم من ظهور هذا الألم تضخمت الخصية ، وثانى يوم لذلك اضطررنا لفتح خراج بالخصية ووجدنا به باسيل دوكريه . وهذا يبين أن ميكروب القرحة الرخوة قد ينتقل على الأوعية الليمفاوية الى اعضاء الجسم الأخرى .

وقد ذكر « جوچيرو ، وبارتيليمى ، وجارنييه »[1] انهم لاحظوا حالة التهاب كلوى دموى أصاب شاباً عمره ١٩ سنة كان أصيب بقرحة رخوة ، وبعد مرور خمسة أيام من ظهور القرحة ارتفعت درجة حرارة الشاب الى ٤٠ و٧° وظهرت باقى أعراض الالتهاب الكلوى مع وجود دم واسطوانات فى البول . وعولج الشاب بالفاكسين « دميلكوس » فكانت القرحة تتناقص فى حجمها وكان الالتهاب الكلوى يتناقص معها نسبياً . حتى تم شفاء الحالتين معاً بعد سادس حقنة .

وقد ذكر « ميليان » فى كتابه السابق الذكر (صفحة ٣١ و ٣٢) حالتى التهاب كبدى نتيجة للعدوى بالقرحة الرخوة .

ومما بينه « ريفاليه »[2] من انه يمكن تشخيص القرحة الرخوة بواسطة فحص

---

(١) M M. Gongerot, Bortheleray et Garnier : Archives dermato-syphiligraphique de la Clinique de l'hôpital Saint-Louis. Page 414, Juillet 1929.

(٢) Rivalier : Société de dermatologie (Réunion de Strass-bourg, page 656, 1928.

الدم بعد ظهور القرحة الرخوة بثمانية أيام يفهم القارىء أن تأثير « ستر بپتو باسيل دوكريه » يتعدى منطقة القرحة الموضعية الى سائر أجزاء الجسم .

والمستقبل كفيل باظهار هذه الحقيقة بشكل أوضح .

الهيربس التناسلي

(هيرپس جينيتاليس)

ليس الهيرپس مرضاً تناسلياً بكل معنى الكلمة ولكنه يظهر فى حالات كثيرة على الأعضاء التناسلية ولذا لا نرى مانعاً من ذكر شىء عنه هنا ويضيق المقام بنا عن شرح تفاصيله . ويظهر الهيرپس على الاشخاص الذين يصابون بأمراض تناسلية خصوصاً السيلان والزهرى . وقد لاحظ (فورنييه) ان نصف النساء المصابات بشانكر على عنق الرحم يصبن بالهيرپس التناسلى[1] . وقد يظهر على أشخاص ليس عندهم مرض تناسلى قط . ويبتدىء ظهور الهيرپس التناسلى بشعور المريض (بأكلان ورغبة فى الهرش) فى أعضائه التناسلية ولذا نبتدىء بفحص هذه الاعضاء فيرى فقاقيعاً (فيزيكلز) صغيرة بجوار بعضها ويرى الجلد حولها ملتهباً قليلا وأحمراً . وتحوى هذه الفقاقيع سائلا رائقاً وقد ينقلب هذا الى سائل صديدى وقد تنفتح هذه الفقاقيع الصديدية فتترك قرحاً صغيرة وتتسع هذه القرح وتتصل ببعضها تاركة قرحاً كبيرة قد تشبه القرحة الزهرية أو القرحة الرخوة ولكن التمييز بين كل هذه القرح بسيط (راجع صفحة ٦٢ و ٦٣ و صفحة ٦٤) .

ويظهر الهيرپس التناسلى عند الرجال على جلد القلفة أو على السطح الداخلى أى السطح المخاطى للقلفة أو على حشفة القضيب أو على جلد القضيب . ويظهر عند النساء على الشفرين وعلى الفرج وأحياناً ونادراً يظهر على عنق الرحم أو بالمهبل .

---

(١) ولذا يجب على الطبيب عند مارى (هيربس) على فرج اى سيدة ان يفحصها بمظار المهبل ليتحقق من وجود قرحة زهرية على عنق الرحم او عدم وجودها .

ولوحظ انه يظهر عند النساء قبل أو بعد مدة الحيض أو عند ما يكن مصابات بسيلان مجرى البول أو المهبل . ويظهر احيانًا عند العذارى بعد أول جماع أو من استعمال العادات السرية . وتوجد أقسام وأنواع مختلفة للهيربس التناسلى يضيق المقام عن شرحها وأهمها نوعان (١) الهيربس البسيط أو العرضى (٢) والهيربس التناسلى العائد [١] . فالأول يشفى بسهولة باستعمال غسيل مطهر بسيط وترش القرحة بمسحوق مطهر بسيط ثم بمسحوق مطهر قابض ويجوز استعمال مرهم (ريزينول) . وأما النوع العائد فهو نفس النوع الأول ولكنه يعود للظهور بعد الشفاء باسبوعين أو ٣ أسابيع ثم يعالج ويختفى ويعود للظهور بعد شهر مثلا، وقد يختفى مدة شهرين ويعود للظهور رغم العلاج الدقيق . ولوحظ ان أكثر المرضى الذين يصابون بهذا النوع من الهيربس يذكرون للطبيب ان الهيربس يعود لهم عند ما يجامعون امرأة [٢] غير التى اعتادوا أن يجامعوها (أى غير زوجتهم مثلا اذا كانوا متزوجين أو غير عشيقتهم اذا كانوا غير متزوجين) . واذا عاد المرض للظهور فيعود المريض لطبيبه ويعجز هذا أحيانًا عن تخليصه تمامًا من شر هذا المرض حتى يسأم المريض والطبيب [٣] وقد تنتهى الحالة عند هذا المريض بأن يصاب بنوراستينيا تناسلية . وقد يستمر المرض الى عدة سنين وقد يشارك المريض فى حياته حتى الموت .

التهاب الحشفة (بالانيتيس)

توجد أنواع كثيرة لالتهاب الحشفة أهمها (١) التهاب الحشفة البسيط (٢) التهاب الحشفة المتآكل المتعرج (٣) التهاب الحشفة الغنغرينى .

(١) Herpés récidivant des parties génitales (Diday et Doyon).

(٢) Coït avec une femme nouvelle (Fournier).

(٣) Les victimes de cette odieuse maladie viennent bien, dit Fournier, montrer leur mal à l'origine, nous assiéger de leurs doléances puis, decouragés par l'insuccés des médications, ils finissent par déserter nos cabinets.

(١) التهاب الحشفة البسيط (سيمپل بالانيتيس) يكثر ظهور هذا التهاب عند أصحاب القلفة الطويلة — ولله الحمد ينـدر ظهور هذا المرض بين الوطنيين لانتشار عادة الختان (الطهارة) بينهم . ويبتدئ المريض يشعر (بأ كلان) فى الحشفة والقلفة، وعند كشف الحشفة ترى مادة بيضاء أو بيضاء صفراء ويمكن مسحها بسهولة من سطح الحشفة ويعطون هذه المادة اسم [1] (سميجما) ولها رائحة مخصوصة . وأحيانا تكثر هذه المادة وتصبح رائحتها كريهة وينتج عنها تهييج كبير لسطح الحشفة فيصير احمراً حساساً وتجد فيه الميكروبات المختلفة ميداناً صالحاً لنموها فتنمو ويحصل التهاب بشدة . وعلاجه الوحيد هو طبعاً بتر القلفة اذا امكن أو تنظيف القلفة والحشفة يومياً بغسلهما بالماء والصابون أو بالماء فقط ، وعند ما يكون الالتهاب شديداً فيستعمل المريض محلولا ساخناً مطهراً لتنظيف الحشفة والقلفـة ويرشهما بمسحوق مطهر قابض بسيط .

(٢) التهاب الحشفة المتأ كل المتعرج (بالانيتيس ايروسيفا ايه سيرسيناتا) يبتدىء هذا الالتهاب بظهور لطع مستديرة وصغيرة بيضاء أو بيضاء رمادية أو رمادية صفراء . وهذه اللطع الصغيرة عبارة عن تآ كل فى السطح المخاطى للحشفة وتتسع هذه اللطع وتلتحم ببعضها فيتكون عنها سطح غـير منتظم أو متعرج . وينتج عن هذا التآ كل اضمحلال فى الخلايا المخاطية السطحية يتكون منه وجود صديد عند تاج الحشفة (كورونا جلاندبس) ويرى سطح الحشفة احمراً ملتهباً لامعاً أو عليه بعض افراز بسيط . وأحياناً يزيد الالتهاب فينتج تقرح فى السطح المتآ كل خصوصاً حول تاج الحشفة وتكون القرح الناتجة عن ذلك عميقة وسطحها مغطى بغشاء رقيق رمادى أو ابيض مائل الى الاصفرار وحافتها منتظمـة مستديرة كانت أو مستطيلة . وفى

---

(١) وتوجد هذه المادة عادة بكمية صغيرة عند اصحاب القلفة وتوجد ايضاً عند النساء بين البظر وقلفة البظر، وغنى عن البيان انها لاتوجد عند المصريات اللواتى من عاداتهن بتر البظر في الطفولة او فى سن الخامسـة او السادسة . ويظنون ان هذه المادة تفرزها غدد « تيسون » ويعتقد كثيرون عدم وجود مثل هذه الغدد كلية.

أكثر الحالات التى يحصل فيها تقرح قد يصاب السطح الداخلى المخاطى للقلفة بتقرح ايضاً كما انه يصاب بتأكل بسيط احياناً فى الحالات التى لا يحصل فيها الا تأكل بالحشفة فقط . وقد يخطىء بعضهم فى تشخيص هذه القرح فيظنها قرحاً رخوة ولكن اذا تذكر ان حافة القرحة الرخوة تكون غالباً غير منتظمة وحافة قرح التهاب الحشفة تكون دائماً منتظمة فلا توجد صعوبة ما فى التشخيص خصوصاً اذا لاحظ الطبيب باقى مميزات هذين المرضين وعمل عينة ميكروسكوبية . ولا يجد الطبيب مشقة فى تمييز هذه القرح من القرحة الزهرية (راجع صفحة ٦٣) . وعلى العموم فان الالتهاب المتأكل قد ينتج عنه ورم فى القلفــة (فيموزيس) وقد يحصل تقرح شديد فى القلفة يخترق سطحيها الداخلى والخارجى، وقد يلتهم هذا التقرح كل القلفة . ولوحظ ان هذا الالتهاب يكون مصحوباً بألم شديد ورائحة كريهة .

(٣) التهاب الحشفة الغنغرينى لا يختلف كثيراً عن التهاب الحشفة المتأكل الا بكون التقرح يبتــدىء هنا بدون أن يـسبقه تأكل . وتكون القرح ملتهبة جداً وسطحها متسخاً مغطى بافرازات صديدية رمادية اللون أو خضراء رمادية رائحتها كريهة للغاية أو مغطى بغشاء صعب الانتزاع من هذا السطح واذا انتزع بقوة فيخرج الدم من سطح القرحة بدرجة تحتاج احياناً للالتجاء لطرق جراحية لمنع النزيف . وتكون حافة القرح متورمة بارزة ومحاطة بدائرة التهاب حمراء أو حمراء زرقاء . ويتقدم التقرح بشدة حتى يصل لدور غنغرينى وقد تمتد الغنغرينا الى كل القضيب أو تنتشر من القضيب الى الصفن ايضاً وقد تمتد من القضيب لسطح البطن الأسفل على العانة وحولها . وقبل الكلام عن العلاج نرى أن نذكر شيئاً عن مسببات التهاب الحشفة فقد وجدوا فى أكثر هذه الحالات نوعاً من سبيروشيتا اسمه (جرام نيجاتيف سبيروشيتا) وميكروباً آخر معه يعاونه على الحياة اسمه (فيوزيفورم باسيل جرام نيجاتيف). وقد يرى التهاب الحشفة بقرحة زهرية (راجع صفحتى ٥١ و ٥٢) وقد يرى التهاب الحشــفة المتعرج فى بعض حالات السيلان . وقد يرى فى بعض حالات ضعف الجسم المتناهى الناتج عن بعض الأمراض الشديدة المزمنة مثل

مرض البول السكرى (ديابيتيس) ولذا يجب فحص البول جيداً عند تشخيص ومعالجة أى حالة التهاب بالحشفة .

علاج التهاب الحشفة : بما أن ميكروبات هذا المرض ميكروبات لا تعيش فى الهواء (أنيروبيك) وبما أن هذا الالتهاب يصيب أصحاب القلفة فللعلاجه نرجع القلفة حتى تنكشف الحشفة وننظف الحشفة وسطح القلفة الذى انكشف بماء لوكسيجينى ساخن . ونكرر هذه العملية مراراً يومياً ونطلب من المريض ان يكشف الحشفة مرات متوالية ويتركها مكشوفة لمدة ربع ساعة كل مرة . ونرش السطح بمسحوق بسيط لنجففه [1] . فيتعرض الميكروبات لتيار الهواء ولتأثير الاوكسيجين والجفاف تموت ويمتنع تأثيرها . وفى الحالات التى من النوع (٢) و (٣) قد نضطر لحقن المريض بحقن (نيوسالفارسان ٩١٤) أو (زيابرسالفارسان) وقد لاحظت ان عمل مكمدات ساخنة من محلول (زيابرسالفارسان ١ فى ٥٠) يفيد جداً فى تخفيف الألم واذهاب الرائحة الكريهة وتخفيض الورم ونتم بالحقن الزرنيخية . وقد لاحظت ان عمل حقن (يودبين) بين الحقن الزرنيخية يساعد جداً على الوصول للشفاء بسرعة خصوصاً فى الحالات الغنغرينيــة . واذا اشتدت الغنغرينا بالقضيب فقد يستحسن تسليط تيار (محلول ملح) مستمر على القضيب كما يعمل الجراحون فى علاج الحالات المتسخة جداً ، ونساعد هذا العلاج الموضعى بحقن زرنيخية كبيرة . وغنى عن البيان أن نذكر انه اذا وجد ورم بالقلفة يمنع من كشف الحشفة فلا بد وان نلجأ لعملية شق القلفة شقاً بسيطاً . ولكن نحذر من عمل عملية الختان — أى بتر القلفة — مع وجود التهاب شديد لئلا ينتشر الالتهاب على طول القضيب . وقد يرى الطبيب عمل بعض مكمدات أولا لتخفيف ورم القلفة والاستغناء عن شقها .

---

(١) وقد نصح مالك دوناخ باستعمال المسحوق الآتى (بزموت صب جاليت ٢ جرام . بزموت تريبروم فينوليت ٢ جرام . كاربونات المغنيزيا الخفيفة ٢ جرام . مسحوق النشا ليكمل ٣٠ جرام — مسحوق يرش حسب امر الطبيب) .

الامراض التناسلية والاذن بالزواج

«يجب على كل ذكر وأنثى يريدان الزواج أن يستشيرا الطبيب فى حالتهما الصحية قبل الأقدام على الزواج» هذه هى النصيحة الذهبية التى يقدمها المؤلف لكل فرد من افراد امته العزيزه .

وهذه النصيحة أخذت شكلا آخر فى بعض البلاد التى سبقتنا فى تفهما معنى الصحة العامة ، فتداخلت السلطة التشريعية فى حرية الأفراد ووضعت تشريعاً يضطر الأفراد - ذكوراً وأناثاً - لتقديم شهادة طبية تثبت « استعداد راغبى الزواج لتكوين عائلة سليمة من الأمراض وفى حالة انتاج نسل يكون سليما من الوجهة الصحية».

ولقد سعى احد زملائي الافاضل ، وهو رجل من احسن الزملاء تفكيراً واكثرهم شجاعة ، سعى كعضو فى البرلمان المصرى لأيجاد تشريع يضطر راغبى الزواج للحصول على شهادة طبية تشهد بخلو كل منهما من الأمراض التناسلية . ومجهود هذا الزميل مجهود محمود ومحبوب ، واقدامه على هذا الطلب التشريعى ممدوح مشكور ، ولكننى سبق وأخذت عليه تعجله فى هذا الطلب التشريعى لاستحالة تنفيذه الآن من الوجهة العملية ، مع انى أول من بشر بتعليم فحص راغبى الزواج فحصاً طبياً فى محاضراتى فى الجامعة المصرية فى سنة ١٩٢١ مع استمرارى فى القاء هذا التعليم فى السنى التالية . ولكننى كنت دائماً أرمى الى تنبيه اذهان الأمة الى عظمة هذا الفحص الطبى حتى تتنبه اذهان المتعلمين ، فينتج عن ذلك انتشار الفكرة بواسطة الخاصة الى الدهماء . وكانت نظريتى هى انه اذا عمت الفكرة ، واذا وجدت الاستعدادات الفنية والميكانيكية بعد تعميم الفكرة وتجهيز الأذهان لقبول الفكرة، فاننا يمكننا ان نبدأ التطبيق بطلب التشريع الاجبارى . هذا هو تاريخ تفكيرى فى فحص راغبى الزواج . ولكننى فوجئت بطلب عضو البرلمان المحترم ايجاد تشريع يضطر راغبى الزواج فى بلاد كمصر للخضوع لفحص طبى يثبت عدم وجود امراض تناسلية عند راغبى الزواج.

ولست أريد ان اذكر هنا اكثر مما ذكرته سابقاً[1] لمقاومة ايجاد تشريع كهذا سابق لأوانه فى بلاد لم تنضج طبياً للدرجة التى وصلت لها فرنسا والمانيا أو انجلترا وهى بلاد لم تقدم على مثل هذا التشريع مع نضوجها الفنى . وأهم اسباب اعتراضى على هذا التشريع - الذى اتمنى ان نصل يوماً ما للاستعداد الفنى لأيجاده - كانت الأسباب الآتية :-

(١) عدم وجود الأطباء اللازمين للفحص لأننا اذا كنا الى هـذه اللحظة محتاجين الى حلاق الصحة لعملية تطعيم الجدرى فاننا مفتقرون حتما للأطباء اللازمين للفحص الطبى الدقيق قبل الزواج .

(٢) عدم وجود المعامل البكتيريولوجية والكيماوية اللازمـة لفحص العينات الكثيرة من دم ، وبول ، وبصـاق ... الخ ، وهى المواد اللازم فحصها فحصاً

(٣) استحالة تنظيم ادارة لمراقبة تسجيل تنظيم فحص راغبى الزواج طبياً مع العلم بضعف النظام التسجيلى والاحصائى ونقصهما الحالى فى مصر .

(٤) هب انه تيسر لنا ان نجهز جميع الاسباب المتقدمة للفحص فانه يجب علينا ايضاً أن نعد عقلية الأمة لمثل هذا الفحص الثمين الذى سيقف فى سبيله الجهل المستحكم فى العائلات المصرية ونفورها من كل مايسمونه فحصاً طبياً للفتاة أو المرأة .

(٥) وأهم سبب لاستحالة تنفيذ قانون الكشف هو عدم وجود المستشفيات اللازمة لعلاج من نجدهم مرضى من راغبى الزواج . لان الغرض من الكشف الطبى ليس فقط حرمان المرضى من الزواج بل ومعالجتهم لشفائهم من امراضهم حتى يؤذن لهم بالزواج .

وأما فوائد هذا الكشف وحيويته فقد شرحتها شرحاً دقيقاً فى مؤلفاتى المختلفة

(١) راجع عدد جريدة الاهرام يوم الثلاثاء ٢٣ اكتوبر سنة ١٩٢٨ .

فى مواضيع التناسليات ، والخصها هنا فى جملة قصيرة ، وهى « حماية العائلة التى تتكون حديثاً من مصائب مرض السيلان وفتكه بأعضاء الرجل والمرأة التناسلية ، وفتكه بقوى التناسل وما ينتج عنه من عقم ومن ضعف وارتخاء ، وحماية العائلة من فتك مرض الزهرى بجميع اجزاء الجسم وحمايتها من جميع مصائب الزهرى الوراثى ، وحماية العائلة من السل والسرطان وجميع الأمراض العقلية الوراثية .. الخ » انتهى هنا ماجاء بجريدة الاهرام .

والآن وقد بينا انا ننادى بفحص راغبي الزواج طبياً ولكننا نرى ان ايجاد تشريع اجبارى لراغبي الزواج يضطرهم للخضوع للفحص لاينتج حسناته الآن قبل أن نجهز جميع المعدات الطبية والمالية والعقلية والبسيكولوجية بالنسبة لأخلاق وعادات الامة ، فنرى ان نذكر الآن بعض التفاصيل الطبية اللازمة لمن سيكونون أفراد المهنة التى تمنح الشهادة الطبية فى المستقبل اجبارياً للأمة ، أو من يمنحون هذه الشهادة لمن يطلبها برغبته منهم من افراد الامة الآن ، ونقصر بحثنا طبعاً على الامراض التناسلية ، تاركين أمراض السرطان والسل والامراض العقلية والعصبية وغيرها لغيرنا من حضرات زملائنا الاخصائيين المجتهدين فى افرع هذه الامراض .

كيف نمنح الاذن بالزواج فى الامراض التناسلية ؟ للاجابة على هـذا السؤال نتكلم عن كل مرض مهم من هذه الامراض عل حدته . ونبدأ بالكلام عن :—

الزهرى والزواج

نظريتنا الاجتماعية فى منح اذن الزواج للمريض بالزهـرى لاتنحصر فى حماية شابة بريئة سليمة صحياً من العدوى بمرض الزهرى من زوج مصاب بهـذا المرض ، بل أنها تتعدى ذلك فى ميدان وقاية المجتمع من مرض الزهرى . فهى تتطلب ايضاً أن نقى الاطفال الذين يولدون داخل هذه العائلة الجديدة من مرض الزهرى الوراثى . كما انها لاتقف عند حد حماية الزوجة الشابة البريئة السليمة صحياً من زوج موبوء بالزهرى ، بل انها تتعدى ذلك الى حماية الزوج الشاب البرىء السليم صحياً من زوجة مصابة بهذا المرض ، وفى هذه الحالة تجب حماية الاطفال الذين يولدون لعائلة كهذه

حماية تفوق حماية اطفال العائلة الاولى السابقة ، وذلك يعود الى أن الوالد المزهور يعرض الاطفال المولودين له من والدة نقية للزهرى الوراثى أقل من تعريض أطفال مولودين من والدة مزهورة ووالد سليم للزهرى الوراثى ، وذلك يعود للاسباب الآتية:

(١) ان الوالدة المزهورة هى التى تحمل الجنين فى بطنها ، وهى التى تغذيه من دمها ، ودمها مصاب بالزهرى ، فمن السهل والمعقول بالبداهة انها تورث أطفالها الزهرى.

(٢) ان الوالد المزهور — اذا لم يكن مصاباً بتقرحات زهرية خارجية معدية لا يمكنه أن يقدم العدوى لزوجته .

(٣) ولكن السبب الثانى السابق الذكر لا يمنع من أن الوالد المزهور قد يحمل ميكروب الزهرى « التريبونيم » أى « شپيروشيتا پاليدا » فى (حيواناته المنوية — أى داخل الـ « سپيرم » — أى داخل الـ « سپيرماتوزوا ») . وبما أن الحيوانات المنوية قد تكون موبوءة بمكروبات الزهرى فقد يولد طفل مريض بالزهرى الوراثى الناتج عن اصابة الحيوانات المنوية بالزهرى [1] .

ومما تقدم يفهم القارىء اننا عند منح الأذن بالزواج للذكور المزهورين يمكننا أن نطلب من هؤلاء شروطاً أقل شدة من الشروط التى نطلبها من الأناث المزهورات الراغبات فى الزواج .

والآن نلخص للقارىء القرارات التى وصلت اليها « جمعية العلوم الجلدية

---

(١) وهذا النوع من الزهرى الوراثى هو ما يعبر عنه الاطباء الفرنسيون بقولهم :—
Heredo- Syphilis d'origine Spermatique'
وبمجرد ماتتم العدوى للجنين بهذه الطريقة فأنها تصل للوالدة بواسطة الدم — فى اكثرية الحالات — وبعد ذلك تصبح الوالدة السليمة مريضة بالزهرى ، وهذا ما يسميه عمدة الدراسة الزهرية الاستاذ « فورنييه » بتعبيره الفرنسى « زهرى الحمل » عند النساء : وبالفرنسية :
"Syphilis conceptionelle de Fournier"
ومن المدهش انه يوجد للآن اشخاص ينكرون احتمال نقل مرض الزهرى من الوالد بواسطة الحيوانات مع ان الثقاة الآتية اسماؤهم يقررون ذلك صراحة ، وهم :—
« فينجر » ، « موانزر » ، « اولونوت » ، « ينار » ، و « لاكابير » وغيرهم من اكابر البحاثة واكابر المؤلفين الذين لم يمنعنا من ذكر اسمائهم الا ان المسألة اصبحت مسألة خارجة عن باب المناقشة والجدل .

والزهرية الفرنسية »[1] فى شهر يونيــه سنة ١٩٢٠ فى مسألة زواج المزهورين : —

(١) يجب أن يعمل للمزهور أو المزهورة علاج زهرى فنى كامل ومنتظم .

(٢) يجب أن تمر سنة كاملة على نهاية العلاج بدون ظهور أى أعراض معدية حتى يجوز الزواج .

(٣) يجب أن لا يكون عند المريض أعراض باتولوجية زهرية بأعضائه الداخلية مثل الكبد والكلى أو جهاز الدوره الدموية ، وفى حالة وجود مرض أو أكثر من هذه يجب خضوع المريض للعلاج من جديد كما جاء فى البند الاول .

(٤) لا يجوز مطلقاً زواج من تظهر عليهم أعراض ايكلينيكية بجهازهم العصبى .

(٥) يجب أن تكون نتيجة ڤازرمان سلبية لمدة سنة من ايقاف العلاج .

(٦) يجب أن لا توجد تغيرات باتولوجية زهرية بالسائل المخى النخاعى . أﻫ .

ذكرنا القرارات السابقة لنعطى للقارىء فكرة عن الشروط التى ارتأتها هيئة من من أكبر الهيئات العلمية ، ولكن يجب أن نلاحظ : —

أولاً — أن هــذه الشروط وضعت من زمن طويل ولم تكن طرق الفحص تقدمت لدرجة الاتقان الموجودة عليها الآن .

ثانياً — لم يكن علاج البيزموت استخدم بعد ، وهو علاج له من فوائده ماذكرناه سابقاً فى باب العلاج مما ساعد على تقدم فن العلاج تقدماً عظيماً لمصلحة المرضى .

ثالثاً — نلاحظ النقط الآتية على البند الخامس وهو الخاص بعملية ڤازرمان : —

(ا) يشترط البند أن تكون (ع . ف .) سلبية ، مع أنه كثيراً ما يحدث أن تظل (ع . ف .) ايجابية حتى بعد أدق وأقوى علاج للزهرى ولأطول زمن ، فليس من حقنا أن نحرم مريضاً من الزواج لمجرد أن

---

(١) Reunion de la Soc. Francaise de Dermatologie et de Syphiligraphie : Juin 1920.

(ع. ف.) تستمر ايجابية مع أن المريض صار فى حالة غير معدية فهو يصلح للزواج [1] .

(ب) ان عملية فازرمان تعطى نتائج ايجابية وسلبيه مختلفـة فى أدوار الزهرى المتعددة ، فتعليق الزواج على نتيجتها تعسف لا مبرر له ،ونحن نرى أن البنـــد الخامس الخاص بعملية فازرمان يجب أن يعدل لمصلحة المريض ومساعدة على الزواج التعديل الآتى :

« يجب أن تكون نتيجة فازرمان سلبية لمدة سنة من ايقاف العـلاج ، وأما اذا عمل العلاج اللازم وبقيت (ع. ف.) ايجابيــة فيعاد العلاج مع مراقبة (ع. ف.) كل شهرين . فاذا مضت سنة كاملة وبقيت (ع . ف.) ايجابيــة فيجوز السماح بالزواج . وفى هذه الحالة ينبه على الزوجة بأن تعالج فى أوائل شهور الحمل اذا حصل »

فاذا عدل البند الخامس من قرارات الجمعية الفرنسية هذا التعديل فان المؤلف يرى أن البنود الاخرى تكون معقولة وليس بها تعسف يذكر . وقد يلاحظ بعضهم بعض الشدة على البند الرابع الخاص بحرمان من تظهر عليهم أعراض ايكلينيكية بجهازهم العصبى ، ولكننى لا أرى هذا الرأى ، لأن حرمان هؤلاء من الزواج ليس لمصلحتهم فقط بل ان فيه وقاية للمجتمع تحميه من انتشار نسل موبوء بأمراض عصبية وراثية مختلفة الاشكال .

ملاحظات عامة عن ابداء الرأى الفنى للمرضى والمريضات بالزهرى بشأن العلاج

(١) يجب على كل مريض أو مريضة بالزهرى – مهما كان نوع العلاج الزهرى

(١) ولقد عزز رأينا هـذا الاستاذ « جويسبرى » Jewesbury فى محاضرته عن « الزواج والزهرى » التى القاها « بالجمعية الطبية لدراسة الامراض التناسلية » بانجلترا فى ٣٠ ابريل سنة ١٩٢٦ حيث قال « واعتقد انه من المستحب ان لا يتزوج رجل مزهور او امرأة مزهورة الا بعد اخذ علاج كاف لمدة سنتين على الاقل . واذا كانت (ع . ف .) ايجابية بعد ذلك فانها لا تعوق الزواج الا اذا كانت أيضاً مصحوبة باعراض معدية » . فانت ترى انه يعلق قيمة « الايجابية » على وجود اعراض معدية معها تمنع من الزواج ولكنها وحدها لا تمنع من الزواج بعد العلاج الذى ذكره .

الذى عمل لأبيهما - أن يعلنا سابقة أصابتهما بمرض الزهرى للطبيب الذى يعالج أيهما لأى مرض كان . فاذا مرضت العين فيقول المريض بالزهرى لطبيب العيون «لاحظ أننى كنت أصبت بالزهرى وعولجت منه» . واذا مرضت الانف أوالحنجرة أو الزور أو الرئة فيقول المريض نفس القول . واذا مرضت الكلى أو الكبد أو القلب أو أى عضو بالجسم فيجب على المريض أن يذكر طبيبه بأنه أصيب بالزهرى يوماً فى حياته . ويجب على المريضة أو المريض أن يقص على طبيبه المعالج تفاصيل مرض الزهرى ، من تاريخه الى علاجه بكل دقة اذا أمكن . وفائدة ذلك لا يمكن للمرضى تقديرها ، ولكنها من الوجهة الطبية الايكلينيكية لها فوائدلا يمكن وصف محاسنها ومحاسن نتائجها.

(٢) يجب على كل من أصيبت فى حياتها ، أو من أصيب فى حياته بمرض الزهرى أن يخبر أى طبيب يعالج ابنها أو ابنه ، أو يعالج ابنتها أو ابنته ، انها هى الوالدة أو انه هو الوالد كان أصيب بمرض الزهرى ، لأن هذا التنبيه للطبيب المعالج - معالجاً للعين أو القدم أو الأنف أو لقلب الابنة أو الابن - قد يستفيد من هذا التاريخ العائلى فائدة عظمى تساعده على تشخيص حالة الابنة أو الابن تشخيصاً صحيحاً قد كان يعجز عن ايجاده لو كان يجهل تاريخ عائلة الابنة أو الابن .

(٣) اذا كنا نصر على تكليف المرضى بالقيام باخبار الاطباء بتاريخ الزهرى فى عائلاتهم فاننا نصر اصراراً شديداً على تكليف الاطباء المعالجين والمشخصين ان لا يهملوا قط ، وفى كل حالة مرضية مهما كان نوعها وموضعها وشكلها، فى أن يتعرفوا تاريخ الزهرى فى عائلة المرضى الذين يعرضون أنفسهم عليهم . والخبرة علمتنا كثيراً عن خطورة مرض الزهرى ، ولذلك نصمم على استلفات نظر الزملاء للنقط الآتية وقد تخدم مرضاهم خدمات أعظم من أن نسميها خدمات جليله :-

(١) ان اكثرية المرضى والمريضات لا يفهمون خطورة وجود تاريخ مرض الزهرى فى عائلاتهم ، ولذا فهم لا يذكرون هذا التاريخ الا اذا سئلوا عنه .

(٢) كثيرون من المريضات والمرضى ينكرون اصابة زهرية حدثت لهم وذلك خجلا من نفس اسم المرض .

(٣) كثيرون ينكرون تاريخ وجود زهرى عند آبائهم أو أمهاتهم اما لجهلهم حدوثه أو خجلاً من نسبته لأهلهم لما يظنونه من عيب فاضح يلحق أهلهم اذا قيل نهم كانوا مصابين بالزهرى .

(٤) لاحظت أن الامهات اللواتى عندهن بنات فى سن الزواج ينكرن بتاتاً تاريخ الزهرى فى عائلتهم ، والسر فى ذلك هو خوف هذه الامهات من تسرب سمعة وجود الزهرى فى العائلة لئلا تقف هذه السمعة فى سبيل زواج البنات .

(٥) ليس من الضرورى أن يكون الزهرى الوراثى ناتجاً عند الولد أو البنت من الأب أو من الأم مباشرة ،لأنه قد يكون موروثاً عن الجد أو الجدة ، أو موروثاً عن والد الجد أو والدة الجد أو والد الجدة أو والدة الجدة ، ويحدث أن يكون موروثاً عن الجد الثالث أو الرابع وهكذا . . الخ . وكل من درس «قوانين الوراثة المندلية»[١] يفهم هذه الحقيقة فهماً جيداً ، ولكن يحدث – لسوء الحظ – أن بعض الاطباء ينسون هذه الحقيقة فيعجزون عن تعليل الاصابات بالزهرى الوراثى لاهل المريض فى حالات كثيرة .

السيلان والزواج

نبدأ بشرح حالة الذكور الذين اصيبوا بالسيلان وذلك لأن تقرير حالة الذكور اسهل نسبيا عن تقرير حالة الأناث .

(أ) حالات الذكور

ليجوز « للذكر » الذى اصيب بالسيلان ان يتزوج يجب ان يخضع لأنواع الفحص الآتية :—

(١) **فحص البول** : من السهل ان يفهم القارىء ان اول مظاهر الشفاء هو

---

(١) Mendel's Laws of Heredity.

ان يكون البول — بعد تهييج مجرى البول — رائقاً ، وعند ترسيبه يجب ان الراسب خالياً من الخلايا الصديدية والميكروبات .

اما وجود « خيوط » فى البول فارى انه لا يمنع من اعتبار الشخص سليما الا اذا وجد بهـذه الخيوط - عند فحصها - خلايا صديدية او ميكروبات ، لأن كثيراً من انواع مجرى البول عند بعض المرضى تكون عوملت عند معالجتها معاملة قاسية ، فمثلا تكون خضعت لدخول آلات كثيرة فيها مثل المجسات او القساطر او منظار مجرى البول ، وينتج عن ذلك استمرار وجود خيوط بالبول لزمن طويل مع ان الشخص يكون شفى من السيلان . وبعض الحالات التى تأتينا لنعالجها من سيلان مزمن تكون عولجت بانواع قوية من السوائل الـكيماوية الـكاوية بدون مبرر ولا جدوى ، فمثل هذه الحالات يستمر اصحابها بعـد شفائهم يخرجون خيوطا فى بولهم لزمن طويل قد يستمر طول حياتهم ، ولـكن هـذه الخيوط تكون خالية من الخلايا الصديدية والميكووبات ولذلك فهى لا تمنع من الزواج .

طرق تهييج مجرى البول .—

(١) يكلف الشخص بالقيام ببعض أنواع الرياضة كالمشى أو الجرى أو النط أو الرقص أو ما أشبه من الالعاب ، لاننا لاحظنا ان أنواع الحركة الشديدة من أحسن مهيجات المرض وهذا هو ما يدفعنا عادة للتنبيه على المرضى بالسيلان بعدم القيام بمثل هذه الحركات طول المدة التى يكونون فيها تحت العلاج . وكذلك يكلف بأكل بعض « الحوادق » و « التوابل » ويتعاطى بعض « الـكحوليات » لأن هذه المواد مهيجة للمجرى ايضاً ولذلك تمنع تعاطيها وقت العلاج .

(٢) حقن مجرى البول بمحلول نترات الفضة ، والمؤلف ينصح بعدم استخدام هذه الطريقة بتاتاً لما ينتج عنها من اتلاف للغشاء المخاطى بمجرى البول .

(٣) تدليك سطح مجرى البول الامامى بواسطة وضع مجس داخل المجرى وضغط سطح المجرى بالأصبع من الخارج .

(٤) تدليك سطح مجرى البول الخلفى أيضاً .

(٥) حقن المريض بالڤاكسين (ينتخب أحد الانواع المذكورة بصفحتى ٣١٢ و ٣١٣) ويفحص البول بعد الحقن بمدة ٢٤ ساعة و ٤٨ ساعة و ٧٢ ساعة .

فحص مجرى البول بالبوريثروسكوب :- لاننصح باستخدام اليوريثروسكوب فى فحص المجرى الا فى الحالات المشكوك فى شفائها مثل حالات تكرر عودة ظهور المرض ، أو الحالات التى عرف فى تاريخها حدوث ضيق أو ضيق وتوسيع .. الخ .

فاذا ظهرت سلامة الشخص بأنواع الفحص السابقة الذكر ، ولم تظهر أى أعراض مرضية ايكلينيكيا على الحويصلات المنوية والپروستاتا والخصيتين والبربخين والحبل المنوى فاننا نجيز للشخص ان يتزوج .

ويكون احتياطنا ادق اذا قمنا بعمل انواع الفحص السابقة الذكر مرتين يفصل الأولى منها عن الثانية زمن يتراوح بين شهرين أو ثلاثة شهور .

(ب) حالات الأناث

ان فحص الأنثي اكثر مشقة من فحص الذكر ، ويعود ذلك لعدة عوامل . واهم هذه العوامل هو (١) تكوين الاعضاء التناسلية البولية من الوجهة التشريحية . (٢) أن المرأة لايمكنها أن تفحص نفسها من آن لآخر فتعرف انها اصيبت بالمرض ولذلك تراها لا يمكنها اعطاء تاريخ مضبوط مثل الرجل الذى يسهل عليه فحص نفسه وملاحظة وجود افراز فيمكنه اعطاء تاريخ مرضى اكثر دقة من المرأة . (٣) ان وجود الافرازات الليكورية العادية أو وهى تقريباً فيسيولوجية فى اعضاء التناسل النسائية كثيراً ما يقود لمختلف انواع الاخطاء من وجهة تاريخ المرض وتشخيصه .

فامام هذه المصاعب تجب العناية التامة بفحص الأنثى فحصاً دقيقاً من الوجهتين الايكلينيكية والبكتيريولوجية قبل منح الأذن بالزواج .

(١) الفحص الايكلينيكى :—

(١) أن يكون شكل الفرج من الخارج سليما ، بمعنى أن لا يظهر على الشفرين الكبيرين اى شيء غير عادى كتورم أو احمرار أو احتقان،وتكون قلفة البظر والبظر نفسه غير ملتهبين .

(٢) ان لا يوجد أقل تورم أو تصلب بغدتى بارتولين .

(٣) ان يكون مجرى البول سليما بفحص الفتحة بالنظر و بفحص المجرى بالتدليك بالاصبع داخل المهبل .

(٤) ان تكون قنايات « سكِيْنْ » سليمة .

(٥) ان يكون المهبل سليما .

(٦) ان يكون عنق الرحم سليما وافرازاته رائقة وليس بسطحه تسلخ أو تشقق .

(٧) ان يكون الرحم و بوقا فاللوب والمبيضان فى شكل الاعضاء السليمة عند فحصها جميعها باليدين .

(٨) وأخيراً تكون فتحة الشرج فى شكل سليم ، وبفحص الشرج بواسطة المنظار لا يظهر عليه التهاب ولا يكون به افرازات صديدية .

(ب) **الفحص البكتيريولوجى** . — يجب عمل هذا الفحص بعد تهييج الجهاز التناسلى البولى للأنثى بطرق التهييج التى ذكرناها عند الكلام عن حالة الذكور ثم يستحسن عمل هذا التهييج قبل الحيض أو بعده . وتؤخذ العينات الآتية :—

(١) عينة من البول .

(٢) واخرى من فتحة غدة بارتولين ومن فتحة قناة « سكِيْنْ » .

(٣) وعينة ميكروسكوبية وعينة للزرع من عنق الرحم .

(٤) وعينة من سطح المهبل .

(٥) وعينة من فتحة الشرج .

و بعد فحص هذه العينات ميكروسكوبيًا وزرعا وظهور النتائج السلبية ، يعاد فحص الأنثى فى الشهر التالى ، و بعد ظهور النتائج السلبية ، يمكننا ان نعتبر هــذه الأنثى غير معدية — **وليس معنى ذلك طبعاً تمام الشفاء بالمعنى الطبى** — ويمكننا وقتئذ منحها الاذن بالزواج .

فحص الدم فى حالات السيلان [1]

عند الذكور والأناث

ونلخص للقارىء هنا قيمة فحص الدم فى حالات السيلان عند الذكور والأناث فى النقط الآتية :-

(١) الاشخاص الذين لم يصابوا بالسيلان تكون نتيجة فحصهم سلبية .

(٢) الاشخاص الذين مصابون بالسيلان تكون نتيجة فحصهم غالبًا ايجابية ، ولا تصير ايجابية قبل مضى اسبوعين الى ٤ اسابيع على ظهور المرض .

(٣) الاشخاص الذين يصابون بالمرض ويتم لهم الشفاء تستمر نتيجة فحصهم ايجابية حتى لبضعة شهور بعد الشفاء .

(٤) النتيجة الايجابية ليس معناها ان الشخص مصاب أو كان اصيب بمرض السيلان ، لأننا اذا حقنا رجلا سليما بفاكسين السيلان فان دمه يستمر لبضعة شهور يعطى نتيجة ايجابية .

(٥) النتيجة الأيجابية التى تستمر بعد اختفاء جميع اعراض المرض الايكلينيكية والبكتيريولوجية التى ذكرناها سابقًا لاتدل إلا على انه يوجد عند المريض أو المريضة مركز للعدوى مختف فى حالة خمول داخل الجسم: مثل عقدة بالبربخ أو بالحويصلات المنوية أو البروستاتا أو الحبل المنوى أو داخل قناة فاللوپ أو داخل مفصل من المفاصل . ولكن يحدث أن تتحرك هذه العدوى بعد عدة سنين وتنتقل من دور الخمول الى دور النشاط فتحدث التهابًا سيلانيًا بمفصل أو بالغشاء المبطن للقلب أو بقزحة العين . ففى هذه الحالات التى تكون فيها النتيجة ايجابية بهذا الشكل تكون المسألة تقديرية وتترك لحكم الطبيب . فمثلا توجد مئات الألوف من النساء اللواتى عندهن تسدد سيلانى ببوق فاللوپ أو التهاب مزمن بالمفاصل ولكن عنق الرحم ومجرى البول سليمان، فمع

---

(١) راجع تفاصيل عملية فحص الدم فى السيلان "Complement Fixation Test in Gonorrhoea" فى مطولات البكتيريولوجيا .

أن نتيجة الفحص ايجابية إلا انهن لايتسببن فى العدوى لأزواجهن ، وعلى ذلك يمكننا السماح بالزواج للأنثى التي تكون حالتها مشابهة لحالة هذه النساء .

(٦) لوحظ فى عدد غــير قليل من المرضى بالسيلان أن نتيجة فحص دمهم للسيلان كانت سلبية ، وعلى ذلك لايجوز الاكتفاء بالنتيجة السلبية لمنح إذن الزواج بل يجب أن تكون باقى الأعراض الايكلينيكية والبكتيريولوجية السابقة الذكر تدل على أن الشخص فى حالة غير معدية أيضاً حتى نمنح الاذن بالزواج .

القرحة الرخوة والزواج

أن مجرد شفاء القرحة ذاتها كاف لمنح الاذن بالزواج ، ولكن يجب أن ننصح المريض بأن يستمر لمدة اسبوعين الى ٣ اسابيع تحت العلاج الفاكسينى ضد القرحة الرخوة وقاية له مما قد يحدث من المضاعفات التى ذكرناها فى صفحة ٣٩١ .

باقى الامراض التناسلية والزواج

ان مجرد شفاء هذه الامراض موضعياً كاف لمنح الاذن بالزواج .

العادات السرية

عند الذكور والاناث

يطلق اسم « العادات السرية » على أى عمل يقوم به الانسان – ذكراً كان أو انثى – لتهييج عواطفه ، ثم اعضائه التناسلية، بأى الطرق الممكنة غير طريقة الجماع الطبيعية . ولكون دراسة هــذه العادات خارجة عن دراسة الامراض التناسلية الميكروبية ، وهى موضوع هــذا الكتاب ، فيمكن القارىء أن يطلع على دراسة العادات السرية فى كتاب «الضعف التناسلى عند الذكور والاناث» للدكتور فخرى.

أهم المراجع وكتب الاستشهاد

Bell : Traité de la Gonorrhée virulente (traduction de Bosquillon).
Wolf u. Mulzer : Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten.
Emil Noeggereth : Die latente Gonorrhoe im weiblichen Geschlecht. Bonn 1872.
Finger, Jadassohn, Ehrmann, u. Gross : Handbuch der Geschlech tskrankheiten.
Finger : Die Blenorrhoe der Sexualorgane und ihre Komplikationen.
Wossidlo : Die Gonorrhoe des Mannes.
Leopold Casper : Handbuch der Cystoskopie.
Rovsing : Klinische und experimentelle Untersuchungen uber die infektiosen Krankheiten der Harnorgane.
Schaeffer : Atlas u. Grundriss der Gynäkologie. München. 1899.
Oberländer u. Kollmann : Die chronische Gonorrhoe der mannlichen Harnrohre. Leipzig 1910.
Mc. Donagh : Venereal Diseases.
Harrison : The Diagnosis & Treatment of Venereal Diseases in general practice. London 1921
Fenwick : A Handbook of Clinical Electric-Light Cystoscopy.
Martin, Thomas, & Moorhead : Genito-Urinary Surgery and Venereal Diseases.
Albarran : Médicine Opératoire des Voies Urinaires Paris 1909.
Bruhns : Gonorrhoe, in (Riecke) Lehrbuch der Haut. u. Geschle chtskrankheiten. Jena 1920.
S. Pozzi : Traité de Gynécologie. Paris 1905.
Max Joseph : Geschlechtskrankheiten. 7 Auflage.
Norris : Gonorrhea in Women. New York 1913.
Johnston Abraham : "Tests for Cure of Gonorrhœa in Women." Lancet p. 429 Vol. I, 1924.
Johnston Abraham. Lectures on Gonorrhœa in Women and children. London 1924.
B. Lipschütz : Bakteriologischer Grundriss u. Atlas der Geschlechtskrankheiten. Leipzig, 1913.
G. Milian : Le chancre mou, Paris 1931.

طرق الوقاية من الامراض التناسلية (١)

تتركب طرق الوقاية من الأمراض التناسلية من قسمين كبيرين :—

(١) طرق الوقاية العامة .

(٢) طرق الوقاية الشخصية والطبية .

(١) طرق الوقاية العامة

وتتركب طرق الوقاية العامة من قسمين ايضاً : —

(ا) مقاومة انتشار البغاء ، لانه من اقوى العوامل فى انتشار هذه الامراض .

(ب) مقاومة الأمراض التناسلية ، مباشرة .

( ) مقاومة انتشار البغاء

من العبث التفكير فى محو البغاء أو فى تخفيفه لدرجة محسوسة، لأن آخر ما وصلت اليه جميع القوانين واللوائح التى ابتدعتها قريحة الانسان فى جميع الاجيال والبلدان هو الوقوف فى وجه تيار انتشار البغاء وقوفاً يمنعه من ان يجرف امامه روح الحياء والفضيلة والعفاف التى تعيش بها الأمم . واعتقد أن السر فى عدم نجاح جميع الانظمة ينحصر فى نقطة واحدة ،وهى أن جميع الانظمة والقوانين واللوائح وجهت عنايتها وقوتها ضد المرأة فقط ! ومن البديهى أنه لا توجـد بغى بدون وجود رجل يشاركها فى البغاء . فأصبحت القوانين تطبق على طرف واحد ممن يرتكبون جريمة البغاء وهى المرأة ، وتترك الطرف الآخر حراً يسرح ويمرح بعد ارتكابه الجريمة ضاحكاً من القوانين

(١) هذا الباب ملخص من « تقرير عن انتشار البغاء والامراض التناسلية بالقطر المصرى وبعض الطرق الممكن اتباعها لمحاربتهما » للدكتور فخرى ، وهو التقرير الذى تشرف الدكتور برفعه لحضرة صاحب الجلالة ملك مصر سنة ١٩٢٤ ، ولحكومته وللبرلمان ، وقد أجيبت كثير من المطالب الواردة به ، وسيرد تفصيل ذلك فى الطبعة الثانية للتقرير .

هازئاً باللوائح ساعياً وراء إيجاد شريك جديد يشاركه فى جريمة جديدة . ولقد ساعدنا جبننا ألاجتماعى على تطبيق القانون على الشريك الجديد وهى البغى الثانية وعلى ترك الرجل حراً طليقاً يبحث عن شريك ثالث يوقعه فى حبائل خبثه ومكره كرجل قوى يتمتع بالمرأة الضعيفة،وهكذا . فصارت القوانين واللوائح تنفذ فى المرأة وتسحقها،والرجل يقدم يوماً بعد يوم لمن ينفذون هذه القوانين ضحايا جديدة من النساء . وهؤلاء الرجال يظنون انهم يوقفون البغاء ، وغاب عن ذهنهم أن البغاء مناصفة بين المرأة والرجل ، فاذا لم توضع قيود من قوانينهم ولوائحهم ، التى يضعها الرجل — كرجل يُشَرِّع — ضد الرجل كما هى الحال ضد المرأة . فلن يقف البغاء ولن يقل انتشاره .ولـكن الرجل لا يزال قوياً وصاحب النفوذ والسلطان . والمرأة لا تزال ضعيفة يذلها الرجـل اذا اراد ولا يقبل أن تكون لهـا أى كلمة أو نفوذ الا اذا تطوع هو بنفسه لذلك ، ولن يتطوع لذلك الا اذا كان له من وراء ذلك دافع عظيم أو لذة مخصوصة ينالهـا . . وعلى ذلك لا تزال القوانين واللوائح التى وضعت سابقاً لمقاومة البغاء عاجزة عن مقاومة البغاء . ولذا فقد اهملت واصبحت فى خبر كان فى بعض البلاد التى تقدس الحرية الشخصية تقديساً يفوق السعى وراء أى مصلحة اخرى ، لان الحرية الشخصية فى نظرهم هى احسن مصلحة واثمن امتياز يتمتع به شخص فى بلاده . وهذه هى الحال فى بلاد كانجلترا التى لم تر أى فائدة فى وجود البغاء الرسمى . وفى باريس التى تعتبر عنوان نظام تسجيل البغاء والاعتراف بالمواخير الرسمية (Bordells) لم تأت القوانين واللوائح باكثر من تقييد حرية عدد قليل جداً من العاهرات المسجلات وترك باقى المسجلات وغيرهن من العاهرات الغير المسجلات يسرحن ويمرحن فى الطرقات والمحال العموميه « لأن وجود ٤٧ ماخور يسكنها ٣٨٧ عاهر مسجلة فى باريس ، لم يمنع ما يقرب من خمسين الف عاهر غير مسجلة وستة آلاف عاهر مسجلة ومسموح لهن السير فى الشوارع من الانتشار فى جميع الاحياء »[1]. وفى برلين اصبحت مهمة بوليس الآداب (Sittenpolizei) — التى كانت فى الأصل موجهة للمحافظة على الآداب العمومية ومنع

---

(١) Flexner: Prostitution in Europe. 1912, p. 192.

انتشار البغاء – قاصرة على العناية بالصحة العمومية ومقاومة انتشار الامراض . واتبع نفس هـذا المبدأ فى تحويل مهمة بوليس الآداب فى ڤينا عاصمـة النمسا . قال Baumgarten و Finger « لقد حول اشراف بوليس الآداب عن مهمته التى وضع لها اولاً وصار يشرف على الصحة العمومية من جهة الامراض التناسلية ومراقبتها ووسعت سلطة مراقبته الصحية هـذه لتشمل البغاء السرى [1] بقدر المستطاع . »

وهذا التغيير فى الروح التى أوجد بها بوليس الآداب يبين للقارىء أن رجال السلطة فى الممالك المختلفة تحققوا أن كل الانظمة واللوائح مهمـا تطورت وأصلحت لايمكنها الوقوف فى سبيل البغاء . فبدلا من اضاعة وقتهم فى عمل لا يجدى قد وجهوا عنايتهم لمقاومة الامراض التناسلية التى تنتج عن البغاء . وتركوا الوقوف فى وجه تيار انتشار البغاء الى رجال الاجتماع الذين يحسنون حالة الهيئات المختلفة الاقتصادية ورجال التربية والدين الذين يحسنون الاخلاق ويحضون على الفضيلة والعفاف لأنهم علموا أن هذه هى الواسطة الوحيدة التى تقف فى سبيل انتشار البغاء . ولكنهم وجدوا أن تجارة الرقيق الابيض White slave traffic التى سعت الدول المختلفة لاعدامها لاتزال وتجد ممن يحترفونها مساعداً قويًا على البقاء . ولاحظ كل من درس البغاء أن من أهم الاشياء التى تساعد على بقاء وانتشار هـذه التجارة هو وجود المواخير الرسمية (Bordells) أو كما يسميها الانجليز عادة فى بلادهم (Brothels) . ولست فى حاجة لاقناع القارىء بصحة هذا الاعتقاد بأكثر من ذكر قضية تجارة الرقيق الا بيض الاخيرةفى بلادنا و بطلها الشهير هو (ابراهيم الغربى) الذى اعلنت الجرائد المصرية خـبر التحقيق معه ورفض القضاة طلب الافراج عنه بكفالة وثبتت إدانته وأودع السجن حيث وافته منيته . فلندع هـذه القضية التى يأسف لوقوع حوادثها كل مصرى ولأقدم للقارىء الأدلة التى تثبت له أن المواخير (منازل البغاء) هى مركز ترويج تجارة الرقيق الابيض . أن الخطوة النهائية فى هـذه التجارة هى الانتفاع من وراء عرض الفتيات والنساء فى اسواق البغاء بطريقة تضمن لمن يعرضهن الربح الذى يأتى

---

(١) ولفهم موضوع البغـاء السري في باريس جيـدا ننصح بمراجعـة المؤلف :
O. Commenge : "La Prostitution Clandestine à Paris" ; Paris 1897

من هذا البغاء . ولا بد من وجود محل لعرض الفتيات والنساء . ولا بد من أن يكون من يعرض هذه البضاعة له تمام السلطان على بضاعته وفى ادارة محله . ولا تتوفر هذه الشروط لمن يتاجرون فى الرقيق الابيض إلا فى المواخير حيث تراهم يتحكمون فى من هن تحت يدهم من النساء . فالعاهر البائسة المسكينة لا يمكنها أن ترفض قضاء اللذة لأى انسان يطلب منها هذا طالما يدفع لها ثمن هذه اللذة . وليتها كانت تأخذ مايدفع لها لنفسها بل انها مضطرة بحكم النظام المتبع فى المواخير لأيصال ماتحصله ممن يقضون أوقاتهم معها الى صاحبة المنزل . وهذه تتكرم عليها بجزء منه . وغالباً لا يتعدى هذا الجزء اكثر من ٣٠ فى المائة من ايراد العاهر . وفى بعض المواخير تأخذ العاهر نصف ايرادها وتأخذ صاحبة الدار النصف الآخر ولكن هـذا قليل ونادر . وفى اكثر المواخير الموجودة فى الاحياء الفقيرة تأخذ صـاحبة المنزل كل ماتجمعه العاهرات من المال وتقوم هى بحاجاتهن من مأكل ومشرب، ولـكن أى مأكل ومشرب ؟ اشياء تشمئز منها الانفس وقد لاتتعدى قطعة من الخبز والجبن ،أو قطعة من الخبز والبصل . وأما الملابس فلا تتعدى (فستاناً أو فستانين) بألوان تستلفت الانظار لعرض العاهر على الزائرين من الرجال وأكثريتهم سكارى لا يميزون . وأما (البياضات) التى تلبس على الجسم مباشرة فيعجز القلم عن وصفها لانها كثيراً ما تكون قديمة العهد ممزقة وليتها كانت نظيفة بل انها قذرة وقد لا تغسل مرة كل شهر أو شهرين . وأكثرية العاهرات لا يملكن حذاء بل غالباً يلبسن (الشبشب) أو (القبقاب) . وأما الفراش الذى تنام عليه العاهر فتأنف العين من رؤيته لانه فى اكثر الحالات عند الوطنيات لا يتعدى (مرتبة قديمة قذرة ومخدة ولحاف بدون ملايات فرش أو غطاء أبيض لأى قطعة) . وبما ان هذه القطع لا يمكن غسلها فترى العاهر تنام على فراش لم ينظف من عدة سنين . اللهم الا عند بعض الوطنيات القاطنات فى منازل تتقاضى أجراً عالياً فى (الزيارة) فتجد (ملايات فرش) ولكنها ليست نظيفة نظافة تتناسب مع ما يحصلن عليه من أجر، وقد لا تغسل الا مرة واحدة فى الشهر . ويندر وجود (فوطة وجه أو يدين أو فوطة صحيه صغيرة) عند اكثرية الوطنيات مع ان بعضهن يوصلن لخزينة « العايقة » صاحبة المنزل ما لا يقل عن خمسين الى ثمانين جنيهاً فى الشهر،

ومن هذا المبلغ قد لا تتمتع العاهر لنفسها بأكثر من قرط (حلق) ثمنه لا يزيد عن ثلاثة جنيهات . وليتها كانت تملكه حقيقة بل فى الواقع ونفس الامر هي تملك من ملابسها وحليها « حق الانتفاع ! » . واذا ما غضبت عليها صاحبة المنزل فانها تطردها من منزلها شر طردة عارية البدن خاوية البطن لا تدرى أين تذهب ، فترمى بنفسها فى أحضان منزل آخر يستخدم جسمها وشبابها وجمالها وصحتها بتقديم لقيمات تسكت جوعها . هـذا هو حال العاهر الوطنية فى أكثرية المواخير وهى فى هذا البؤس والشقاء لاتجـد من يحميها ولا تعرف لمن تلجأ . وبعد مرور قليل من الزمن تصبح معتقدة أن العاهر يجب أن تعيش هكذا . بل تتطور عقلية الأنسان العادية عندها فلا تفهم معنى الحرية الشخصية ولا حقوق الفرد فى المجتمع ، وتصبح واثقة أن حياتها تنحصر بين يدى « العايقة وطبيب الـكشف » ، وتظن أن لا علاقة للقوانين العامة بشخصها ، فتصير توراتها وأنجيلها وقرآنها وقانونها كلمة صاحبة المنزل ! ولـكن أليست معـذورة هى فى ذلك ؟ نعم والف مرة نعم . لأن من وضعوا « لائحة البغاء ومنازل البغاء » لم يفـكروا لحظة واحدة فى حماية العاهر داخل هذه المنازل . وكان اهمالهم الدفاع عن العاهر داخل هذه المواخير أكبر مساعد لمن يديرون هذه المنازل على امتصاص دم النساء اللاتى يسـكن فى منازلهم ، وكان أكبر مسـاعد على توسيع نطاق التـكسب من وراء هـذه النسوة ، وعلى ذلك أصبح محرضاً غير مباشر على تجارة الرقيق الابيض . لأن هـذه اللائحة لو كانت تحمى العاهر حماية حقيقية من استبداد أصحاب منازل البغاء لمـا زادت مكسبهم زيادة تحرضهم وتحرض غيرهم على الاتجار بالنساء . ولو كسدت تجارة الفجور فى هـذه المنازل لما سعى من يديرونها لاستجلاب كثيرات من الفتيات والنساء بطرق مختلفة لهذه المحال ولو قفت تجارة الرقيق الابيض ولما سمعنا عن التجارة المتسعة المترامية الاطراف فى بلادنا أخيراً .

الخمور والمخدرات والحشيش فى المواخير : ولم تهتم لائحة البغاء بوضع القيود التى تمنع منعاً فعلياً توزيع الخمور والمخدرات والحشيش فى هذه المواخير مع أن هذه

المواد توزع بكميات هائلة داخل هذه المحلات وتساعد من يديرونها على اكتساب الأموال الطائلة من وراء هذا التوزيع . ولا تقف مصيبة توزيع الخمور عند حد تحريض من يريدون التكسب من الابواب غير المشروعة على الاكثار من هذه المواخير بل أنها تتعداها الى ماهو شر من ذلك ، فالرجال الذين يزورون هذه المنازل يرغمون (ذوقياً) على تعاطى الخمور والمخدرات . ومعنى (ذوقياً) هو أن تطلب المرأة التى تجالس الرجل منهم أن (يطلب) لها كذا أو كذا من هذه المواد وبطبيعة الموقف يخجل الرجل من رفض طلب من ستكون بين ذراعيه بعد دقائق معدودات « لأنه جنتلمان » . . فيأمر لهـا بما تريد ويشرب هو وهى — وأحياناً تطلب « على حسابه » مشروباً لنفسها ولزميلاتها فى المنزل — ويتبع هذا الشرب أحياناً تعاطى بعض المخدرات (وهى تباع فى منازل البغاء بأثمان فاحشة إذ أكد لى مريض من مرضاى انه دفع جنيهين مصريين ثمناً لجرام الكوكايين فى منزل من منازل البغاء بالعاصمة ، وأكد لى آخر انه دفع ثلاثين قرشاً صاغاً ثمناً لسيجارة حشيش) فتوزيع هذه المخدرات يساعد من يتجرون فى أعراض النساء على الكسب الفاحش ، فيكون ذلك عوناً على استمرار حياة المواخير ونشاطها وانتشارها ، ويفسد صحة الرجال الذين يزورون هذه المحلات ويحرضهم على الفجور والتهتك ، ويتلف صحة الفتيات والنساء اللاتى يتعاطين كأساً وكاسات مع كل (زبون) ، وكثيراً ما كان سبباً فى سلب نقود وأوراق و « مجوهرات » الرجال اللذين يزورون هذه المنازل .

هـذه هى بعض العيوب المحققة فى منازل البغاء ، ولكن لهذه المنازل عيوباً كثيرة غير مباشرة ، وأهمها انه كثيراً ماتتخذ هذه المنازل كوسيلة لاخفاء المسروقات والمهربات وكثيراً ما كانت هذه المنازل ملجأ للمجرمين يختبئون فيها عند عشيقة لهم هناك ، أو عند واحدة يتخذونها كعشيقة جديدة لهم بعد ارتكاب سرقة أو اختلاس أو ما شابه ذلك . ومما تقدم يمكن القارىء أن يفهم أن لائحة البغاء فى مصر لاتقاوم انتشار المواخير واستثمارها . وقد بينت أن المواخير هى الواسطة الوحيدة لترويج الاتجار بالنساء والفتيات وليس أدل على ذلك من تلك الجملة التى يعرفها كل من يدرسون البغاء وانتشاره وطرق محاربته ، وهى جملة كتبها الدكتور « بلوخ Bloch »

حيث قال : « بدون منازل البغاء الرسمية لا يوجد الاتجار بالفتيات »[1] . فاذا أصلحت هذه اللائحة وأوجد فيها بعض المواد التى تقاوم استثمار هذه المواخير فان الاقبال على فتح المواخير يقل تدريجا ، وتبتدىء هـذه المواخير تتناقص فى عددها فتقل كمية النساء الموجودات بها ويتناقص عـددها شيئاً فشيئاً حتى تتلاشى تماماً أو على الأقل تبقى حاوية عدداً قليلا من النساء الكبيرات فى السن فيقل الاقبال عليها من الرجال ويخف تأثيرها ويقل فتكها بالعباد . وليسمح لى القارىء أن اسأله : هل يوجد نوع من الاستثمار أكثر من اضطرار المرأة فى هذه المنازل المسجلة لقبول أكثر من ثمان زيارات يومياً ؟ ولقد أكدت لى إحدى النساء التى تدير منزلا من هذه المنازل انها عندها ٣ فتيات لا يقل عدد الرجال الذين يزورون كل واحدة منهن فى كل ليلة عن ١٢ رجلا . وقد توجد منازل تستثمر فيها الفتيات بمعدل فاحش أفظع من هذا المعدل . نعم لأن من درسوا موضوع البغاء فى البلاد الأخرى ذكروا أن المرأه فى مثل هذه المنازل يزورها كل ليلة من الرجال عددعظيم ومزعج[2] . ولا يقف استثمار النساء فيهذه المنازل عند حد اضطرارهن لقبول زيارة أى عدد من الرجال بل ان من تدير هذه المنازل تدفع النساء لاتباع كل طريقة شاذة من طرق تسلية زائريها من الرجال ، تارة بتمرينها على ذلك وطوراً بتعليمها كل طريقة شاذة بواسـطة اختلاطها بالنسوة الاخرى المتمرنات ، والسر فى هـذا الاستثمار وفى دفع النساء الى مالا طاقة لهن على احتماله مع اضطرارهن لتنفيذه هو تمتع أصحاب هذه المنازل بكل الايراد الذى يكتسب بواسطة هـذا الاستثمار . فلو منع أصحاب المنازل من الانفراد بهـذا الايراد وتمكنت النسوة من الالتجاء لرجال

---

(١) "Ohne Bordelle, kein Mädchenhandel." Bloch: Sexualleben, S. 377.

(٢) قدر « شرانك Schrank » في فينا عاصمة النمسا ان معدل من يزورون المرأة الواحدة يتراوح بين ٣ الى ١٠ رجال ويصل في حالات خاصة الى ٣٠ رجلا أو أكثر . وأكد طبيب فى « روما » عاصمة ايطاليا ان امرأة اكرهت على قبول ٦٠ رجلا فى ليلة فى هذه المنازل . وأكد عمدة « بوردو Bordeaux » للجنة الفرنسية التى كلفت بدراسة هذا الموضوع ان امرأة زارها فى يوم واحد ٨٤ رجلا (راجع تقرير اللجنة الفرنسية صفحة ١١٠).

راجع Flexner, op. cit. p. 257.

السلطة عند ما يعتدى على ايرادهن لتحقق أصحاب المنازل من أن ربحهم من هــذه التجارة ابتدأ ظله يتقلص فلا يقدمون على فتح منازل جــديدة وعلى ايجاد نسوة يستثمروهن في هــذه المنازل ، وتبتدىء المنازل الموجودة من الزمن السابق تضمحل الى ان تنعدم وتتلاشى. ولا تقف طرق استثمار هذه المنازل على استخدام النساء فى استعمال كل ماهو غريب أو شاذ لتقديم الملذات الساقطة ولافساد أخلاق الرجال بل انها تعدت هــذا الى ماهو أشد فتكا وأكثر خطراً . لأن بعض هذه المنازل يستخدم [١] أولاداً ورجالا للجماع الشاذ[٢] (Homosexuality) . ولا تقف مصيبة هذه المنازل عند هذا الحد أيضاً بل انها تعدته الى اســتخدام بعض الرجال الذين يقدمون أنواعا من الملذات الى نساء يستحضرن لهذه المنازل بعد أن يوعدن بوجود رجال في هــذه المحال يقدمون لهن كل أنواع الملذات العادية والشاذة وكل أنواع العادات السرية الفرنسية.نعم ان هذا النوع الذى يستخدم لهذه الاغراض من الرجال تجوز تسميته «ذكور بغايا غير طبيعيين[٣] «Heterohomosexually-Prostituted-Males» وذكرت لى بعض مريضاتى من البغايا المثريات وجود امثال هؤلاء الرجال فى محال

---

(١) من احسن الكتب فى دراسة بغاء الذكور ووصفه هو:

De la Prostitution dans la Ville d'Alger depuis la Conquête (Paris. 1853). par E. A. Duchesne.

(٢) وبهذه المناسبة اجدني ميالا الى الفات نظر القاريء الى ان طرق الجماع الشاذ اصبحت منتشرة فى بلادنا وسط الطبقة المتعلمة انتشاراً يستدعى بعض العناية،وقد وصلت لهــذه النتيجة المؤلمة بواسطة عدة طرق ، ومن هذه الطرق احصائية اجهزها الآن وهذه الاحصائية مبنية على اعتراف عدد كبير من شبيبة البلاد ورجالها بخطابات صريحة اتتني من الطلبة والموظفين والمحامين والاطباء والمهندسين والاعيان والعمال (راجع ما جاء فى آخر الكتاب فى باب « طرق مقاومة البغاء والامراض التناسلية ») .

(٣) تجد وصفاً تفصيلياً عن هذا النوع من الرجال فى المؤلف الآتى :—

Die Prostitution in Berlin und ihre Opfer, (Berlin 1846).

ومع أنه كتاب ثمين الا ان مؤلفه لم يذكر اسمه وقد يكون ذلك ناتجاً عن خجل كاذب او عن خوف مما جمع فى كتابه من المعلومات السرية عن مدينة برلين .

عمومية وفى منازل سرية للبغاء،وارجح وجود هذه الطبقة الخطرة فى منازل البغاء الرسمية اكثر منها فى منازل البغاء السرية فى بلادنا المصرية بل وفى اكثرية العواصم الاوروبية. ولا ابني هذا الترجيح الا على ما وصلني من المعلومات من مرضاي وممن تدرن هذه المحلات ومن زياراتي المختلفة لهذه المحال فى مصر وفى غيرها من الاقطار مع اصدقاء من الاطباء ورجال البوليس لدراسة البغاء . وعلى ذلك فانني اقترح الاقتراحات الآتية لمقاومة البغاء . ولكنني اذكر القارىء بأن المبدئين اللذين اكتب بهما اقتراحاتى هما :

أولا — انني ممن يقولون بالغاء البغاء الرسمي . **وثانياً** انني ممن يعتقدون أن الغاء البغاء الرسمي فجأة لا يأتي بالفائدة المطلوبة بل أنه مضر ويجب السعي وراء اعدام البغاء الرسمي تدريجياً خصوصاً فى بلاد شرقية كبلادنا . وعلى هذين المبدئين اقترح الآتى :—

(ا) ايجاد **بوليس للآداب** فى العواصم الكبرى يكون اختصاصه تنفيذ لائحة البغاء بمثابرة و بشدة .

(ب) **اصلاح لائحة البغاء** خصوصاً فى المسائل الاتية :—

(١) لا يجوز الترخيص (من الآن فصاعداً) بتعاطى البغاء الرسمي قبل من الثانية والعشرين . واذا رأت السلطات رفع هذا السن الى ٢٤ أو ٢٨ فيكون هـذا خطأً فاحشاً لا مبرر له .

(٢) كل من يثبت عليه استثمار مجهودات البغايا فى منزل البغاء الذى يديره يعاقب بعقوبة قاسية (يقررها رجال القانون) تمنع استثمار النساء [1] .

(١) نعم ان Flexner عند ما علق على مبدأ منع استثمار العاهرات فى منازل البغاء فى فينا وبودابست ودريزدن وهى بعض البلاد التى تحمى لوائحها العاهرات من أن يستثمرهن أصحاب المنازل قال انه لو كان عدد منازل البغاء كبيراً لما استطاع رجال السلطة ايجاد الضباط الكبار الشرفاء الذين يقومون بالتفتيش والمراقبة ولاضطروا لاستخدام صغار الضباط فكانت تنتشر الرشوة وتفقد اللوائح قيمتها Flexner op. cit. pp. 186-190. ولكنني أتمنى أن يوجد عندنا بوليس آداب من طبقة راقيــة فى العاصمة ويمكن على أى حال ضمان سير التفتيش والمراقبة بضم بعض عظام الرجال غير الرسميين — بالتطوع — للهيئة الصغيرة التى تقوم بهذا التفتيش فى المنازل للتحقق من الاستثمار أو حسن المعاملة .

(٣) لبوليس الآداب أن يفتش أى منزل بغاء – ويوجد طبيب فى صحبته فى بعض الحالات خصوصاً للتحقق من الاستثمار – فى أى ساعة كانت . وعلى من يدير المنزل أن يسهل مهمة هـذا البوليس ومن يستصحبه معه من افراد أى لجنة تتشكل من افاضل الرجال لمساعدته .

(٤) لا يجوز (من الآن فصاعداً) وجود اكثر من ٣ بغايا فى مسكن واحد .

(٥) تحرر استمارة شهرية بكل ممتلكات أى عاهر تحوى كشفاً تفصيلياً بملابسها وحليها ونقودها التى تكون محفوظة باسمها عند من يدير المنزل .

(٦) لا يجوز انتقال عاهر من منزل بغاء لآخر قبل اخبار البوليس بذلك وقبل التتميم على آخر استمارة بما تملك العاهر داخل المنزل الذى تريد مبارحته .

(٧) لا يجوز بأى حال من الاحوال توزيع الخمور والمخدرات فى منازل البغاء .

(٨) تقرر عقوبة خاصة لكل من يخالف أى بند من هذه البنود الاضافية .

وغنى عن البيان انه لتنفيذ لائحة البغاء – بعد اصلاحها – على الاجانب والوطنيين يجب موافقة السلطات القنصلية . وليس على الحكومة الا أن تسعى للحصول على موافقة القناصل لتنفيـذ النظام الذى يسرى على الوطنيين وعلى رعاياهم الاجانب . واننى لى امل كبير فى أن يوافق القناصل على نظام يطبق على الوطنيين والاجانب معاً لمصلحة الصحة العمومية ، خصوصاً وأن رعاياهم من الذكور سينتفعون بهذا النظام . واذا لاحظت الحكومة أن اكثرية البغايا الاجنبيات – الرسميات والغير الرسميات – هن رعايا قناصل بعض الدول التى توجد فى بلادها على العموم أنظمة رقابة البوليس والكشف على العاهرات فانها تسهل عليها مهمة اقناع هؤلاء القناصل بالتسليم بأى نظم جديدة تريد وضعها . لأننا نعلم – كما يعلم البوليس – انه لا توجد عندنا عاهرات انجليزيات أو امريكيات او نروجيات أو دانماركيات . بل أن الاكثرية هن من اليونانيات والايطاليات والفرنسيات وكل هذه بلاد بها نظم راقية للكشف . وهكذا هى الحال – مع بعض التعديل فى النمسا وتشيكوسلوفاكيا والمانيا ت وهى بلاد النازحات لقطرنا فى الأيام الأخيرة .

والان نقف امام **مسألة البغاء السرى** . نعم ان ابطال البغاء السرى امر مستحيل ، ولكن هذا لا يمنعنا من محاربته لتخفيف وطأته وتحديد انتشاره . واكبر جزء من البغاء السرى هو ما يرتكب داخل المنازل الخاصة بالبغايا الغير الرسميات وفى البنسيونات ، فاذا قاومنا انتشار هذه المحلات فنكون قاومنا انتشار البغاء السرى . ولمقاومة انتشار هذه المحلات يجب إيجاد تشريع يطبق على الاجانب والوطنين على السواء ،لأنه لا فائدة فى أن يجتهد بوليس الاداب فى اثبات أن منزلا من المنازل يستعمل للبغاء السرى ولا يجد طريقة لقفله الا بحكم من المحكمة المختلطة قد لا يحصل عليه بعد زمن طويل [1] . ووجود تشريع يقاوم انتشار هذه المحلات ليس ببدعة اريد ابتداعها بل انه موجود فى مدينة « بودابست Budapest » وغيرها ويتلخص فى الاتى : —

كل ساكن له أن يمنع بقوة البوليس أى بغى تكون ساكنة فى نفس المنزل الذى يسكنه إذا لم يكن اخبر قبل أن يستأجر سكنه بوجود بغايا بالمنزل .واذا استأجرت البغايا أى جزء من المنزل بعد عقد ايجاره فله أن يطلب الغاء عقد ايجار البغايا ويخرجهن بواسطة البوليس .

لا يجبر ساكن على احتمال وجود بغايا فى منزل يسكنه.

لا يجبر ساكن على احتمال وجود بغايا فى منزل يسكنه الا اذا ثبت علمه بوجودهن قبل دخوله المنزل . وكل مالك يجب عليه اخبار كل ساكن جديد بحالة منزله الادبية بدون أن يسأل عن ذلك .

كل مالك لا يخرج البغايا من منزله عند ما يطلب منه الساكن ذلك يكلف بفسخ العقد مع الساكن وبدفع تعويض — «راجع قانون المساكن والايجارات القسم السادس» [2]

انا لا اقترح اتخاذ هذا النص بحرفيته ، بل انى اقترح ايجاد التشريع الذى يحمى سكان المنازل من اختلاط البغايا بهم بروح قوية كالروح الموجودة فى أنظمة بعض البلاد

---

(١) وقد اخبرنى « البمباشى ابليت Bimbashi W. J. Abblitt » مساعد حكيمدار العاصمة وحكيمدار بور سعيد الآن) ان البوليس ضبط منزلا للبغاء بعابدين ومضى نحو سنة ولم يحصلوا على حكم من المحكمة المختلطة بقفله .

(٢) نقلا عن Flexner: op. cit. p. 201.

الاخرى . هذا من جهة المساكن ولكن البغاء السرى منتشر كما ذكرنا سابقاً بعدة طرق وفى اماكن اخرى . وكرامة الأمة وصحتها العمومية يستدعيان نشاط بوليس الاداب وسهره . فانا اقترح الآتى مؤملاً فى نفس الوقت أن تسمح الهيئات القنصلية بمنح بوليس الآداب القوة الكافية على رعاياهم الاجانب فى جميع ما يتعلق بهذه الاجراءآت ، مع وضع نظام يكفل (اولاً) ايجاد هيئة راقية لبوليس الآداب يكون مضموناً معها عدم قيام هذا البوليس بما يشين كرامته ، و (ثانياً) تحديد سلطة هذا البوليس بحيث يمكنه القيام بمهمته بطريقة لا تتعرض معها كرامة افراد الشعب لأى فضيحة أو عار لا يستحقه . واما اقتراحى فهو كالآتى : -

أولاً - لبوليس الآداب أن يفتش أى قهوة أو مرقص أو أى منزل ملحق بأى محل عمومى اذا وجد عنده اشتباه مبنى على معلومات صحيحة بأنه يوجد فى أى محل من هذه المحال نوع من استثمار البغاء .

ثانياً - لبوليس الآداب أن يراقب - ويفتش عند الاقتضاء - أى حديقة عمومية أو فندق أو دهبيات أو قوارب أو منازل خشبية على النيل او عربات او أوتومبيلات فى طرقات منعزلة بحلة مريبة أو عند وجود شبهة أدبية كما جاء فى البند الأول .

ثالثاً - لا يجوز لبوليس الآداب أن يهاجم أى محل من هذه المحال للتفتيش الا بعد استئذان رئيس قوة البوليس الذى يأمر مركز البوليس التابع له هذا المحل بأن يساعد بوليس الآداب بالقوة عند الاقتضاء . ولا يمنح رئيس قوة البوليس هذا الاذن الا بعد أن يعرض عليه بوليس الآداب الأدلة التى تثبت صحة مباحثه الاولية التى قادت الى الاشتباه .

هذه هى أهم النقط فى اقتراحى واترك التفاصيل للجنة التى سيأتى تفصيل اقتراحى تشكيلها بعدئذ . وفى هذا الكتاب نكتفى بترك تشكيل اللجنة للسلطات .

ولمقاومة الاسباب الأخرى التى تحرض على انتشار البغاء السرى لا يبقى امامنا الآن الا مسألة « **القواديه** » ومسألة محال « **التمثيل الساقط** » « **ودور السينماتوغرافات** » . وأما باقى الاسباب فهى شخصية فى اكثر الاحوال فلا تنفع

فيها اجراءات أو لوائح رسميــة بل يترك اصلاحها للتربية ورفع معدل اخلاق العائلة والهيئات الاخرى عموماً . ولبوليس الاداب أن يوجه نشاطه ضــد هيئة « القوادين والقوادات » ، ولا أرى ماذا يمنع رجال التشريع عندنا من رفع العقوبة المقررة لكل من يحرض الغيرعلى ارتكاب الفحشاء لأنني أراها ضعيفة فى قانون العقوبات الأهلى . وأما التمثيل الساقط فيمكن مقاومته اذا وجهت السلطة المختصة برقابة الروايات التى تمثل فى هذه المراسح عناية خاصة لانتقاء القطع الجيدة الفكاهية الخالية من سقوط الاخلاق . وهذا بعينه ينطبق على عناية « رقيب شريط السينما » خصوصاً وأن دور السينما يزورها عدد كبير من الاولاد والفتيات الصغيرات .

(ب) طرق مقاومة الامراض التناسلية

مما تقدم يرى القارىء أنه يجب التفكير فى طرق خاصة لمقاومة الامراض التناسلية فى قطرنا لاختلاف احوالنا المحلية عن البلاد الغربية . ولا بأس من الاستعانة بمــا وصلت اليه البلاد الغربية بعد تفكير وخبرة طويلة . واعتقد شخصياً أن طرق المقاومة عندنا تنحصر فى الآتى —

أولا — مقاومة تأثير البغاء على انتشار الامراض التناسلية :—

(١) اصلاح « الكشف الطبي على العاهرات » .

(٢) حجز العاهرات المريضات بالمستشفيات حتى يصبحن غير خطرات على من يخالطهن من الجمهور .

(٣) ايجاد نص فى لائحــة البغاء يحرم على من يديرون منازل البغاء السماح للذكور الذين يكون عمرهم أقل من ٢١ سنة بدخول هذه المنازل . مع وضع عقوبة لمن يخالف هذا النص .

ولتنفيذ هــذه الاقتراحات وما سبقها تنفيذاً فعلياً مفيداً يجب أن تنفـذ على الوطنيين والأجانب على السواء . ولتنفيذها على الأجانب تجب موافقة قنصلياتهم كما قلنا . فاذا لم تنجح الحكومة فى الحصول على موافقة هـذه القنصليات فتصبح كل

الأجراءات صورية لاتفيد ولا تجدى بالنسبة للأجنبيات وبالنسبة للبغاء السرى الوطنى والأجنبى [1] . ولا يوجد معنى — لامن الوجهة الأدبية ولا من الوجهة الصحية — لوجود هذا النوع المشوه من نظام تسجيل البغاء الذى لايمتد سلطانه إلا على العاهرات الوطنيات وعددهن قليل . نعم اننى قلت سابقاً ان تغيير نظام البغاء الرسمى فجأة الى نظام المنع يأتى بضرر كبير ولكننى افضل في نفس الوقت الغاء هذا النظام فى بلادنا وايجاد نظام المنع (Abolition) اذا وقفت سلطة النظام القديم عند حد الوطنيات المسجلات ، لأن المضار التى تعود على البلاد من هذا الالغاء الفجائى ستكون مؤقتة ولكنها تنجى القطر من نظام هو الفوضى بعينها ، وتنجى القطر من شر وجود (منازل البغاء Bordells) .وقصارى القول اني ارفع صوتى مناديا الحكومة قائلا « أما ان تطبق نظام اباحة البغاء — بعد اصلاحه كما تقدم — على الوطنيين والاجانب على السواء ، واما ان تلغى البغاء الرسمى بتاتاً » . [2]

---

(١) نعم لأن نظام تسجيل البغاء في الاقطار المختلفة لم يتمكن من تسجيل كل البغايا بل انه لم يتمكن من وضع سلطة رجال البوليس الا على نسبة صغيرة حقيرة من جيش البغاء الكبير . فمثلا كان في مونيخ ١٤٠ عاهر مسجلة في سنة ١٩٠٩ وكان البوليس يعلم عن ثقة بوجود ٢٠٧٦ بغايا سريات (راجع صفحة ٦ من كتاب

(Geheime Prostitution von. P. Bruns, "Dresden 1911"

ونقلا عن Flexner : op. cit. p. 146 كانت السلطات فى فينا تعتقد ان عدد العاهرات لايقل عن ٣٠٠٠٠ عاهر ولم يكن بينهن اكثر من ٥ في المائة مسجلات، وفي روما كانت المسجلات ٢٢٥ عاهر وكان البوليس عالماً عن ثقة بوجود ٥٠٠٠ عاهر على الاقل .

(٢) نعم نطلب الغاء نظام البغاء الرسمى اذا لم يمكن تنفيذه بكل شروطه لانه يصبح نظاماً مؤذياً أدبياً وصحياً فاذا عجزت الحكومه عن الحصول على موافقة القناصل على تطبيق للوائح الجديده التى نطلبها فعليها ان تقدم على الغاء البغاء الرسمى بدون خوف ولا وجل . نعم ان الفوضى الأدبية والامراض التناسلية سيزيد معدل انتشارها لزمن وجيز . ولكن بمجهودات الهيئات المختلفة يمكن تحسين الحاله بسرعة و بعدئذ ننتفع بوجود نظام (المنع Abolition) وهو ما يقضي به الدين الاسلامى دين البلاد الرسمى . و بهذه المناسبة اذكر ملخص قرار « مؤتمر كل ولايات أميركا للامراض التناسلية » بنصه : —

"There is no evidence of an increase in promiscuity in the United States since 1910; that it is the opinion of the Conference that the

(بقية الحاشية على الصفحة التالية)

ثانياً – ايجاد الوسائط الفنية الكافية لعمل طرق الوقاية الطبية وللقيام بالعلاج الوافي للجمهور : –

(١) انشاء مستشفى للجلد والأمراض التناسلية بالعاصمة يكون مجهزاً بالعدد الكافي من الأسرة وبأحسن واحدث الآلات وبه معمل باتولوجي بكتيريولوجي .

(٢) الاجتهاد في ايجاد قسم خاص بالجلد والامراض التناسلية متسع ومجهز بقدر المستطاع بالأدوات الضرورية في جميع مستشفيات الحكومة الاخرى في العواصم والمديريات .

(٤) ايجاد بعض محطات في القاهرة (اعتقد ان من خمس الى عشر محطات تكون كافية) تقدم فيها طرق الوقاية الكيماوية للجمهور ليلا ، ما بين الساعة ٨ مساء الى الساعة الثانية صباحا مقابل مبلغ بسيط « مثلاً قرشا صاغاً » . وتنصح الحكومة المجالس البلدية في عواصم المديريات والمحافظات بانشاء مثل هذه المحطات ، وتكون هذه المحطات الوقائية قريبة من امكنة البغاء والملاهي .

---

closing of the red-light districts and the repression of commercialized prostitution, which has taken place since 1910 *and prarticularly during the past three years*, has materially reduced the total of illicit sex relations in the U. S. A „

(All-America Conference on Veneral Diseases, held 1920 at Washington).

"Quoted from Bacsom Johnson; Jour. Soc. Hyg. vol. VIII. April 1922. New York."

ويتلخص تعريب هذا القرار في جملة واحدة وهي « ان المؤتمر يعتقد بعد دراسة واسعة ان العلاقات التناسلية غير الشرعية قلت كميتها بعد ايجاد نظام منع البغاء الرسمي » .

ولا داعي لذكر مؤلفات عديدة تثبت صحة نظرية منع البغاء وأفضليتها على نظرية الاباحة ونكتفي باستلفات نظر القارىء لكتابة كثير من العلماء وأهمها مقالات « بلاشكو Blaschko في جريدة محو البغاء الالمانية ونذكر بعض الكتب الفرنسية الثمينة :—

Léo Taxil: La Corruption Fin de Siècle; (Paris 1894)

Louis Fiaux: Les Maisons de Tolérance, leur Fermeture (Paris 1892) 3me ed. pp. 248-251.

Les Maladies Vénériennes et la Reglementation de la Prostitution au Point de Vue de l'Hygiène Sociale (Paris 1906), par Paul Emile Morhardt.

هذه هى المطالب الاربعة التى اتمنى ان تسمع اقتراحى لها حكومتنا الجليلة وتنفذها. واذا اعتذرت الحكومة بان ميزانيتها المالية لا تسمح بالقيام بمثل هذه الأعمال فانى أقول للحكومة الجليلة « اننى اعتقد يا حكومتى العزيزة ان الأمراض التناسلية تفتك بصحة و بثروة البلاد ولا أرى أى نشاط لمقاومتها ومحاربتها . واننى اعتقد أنه يجب البدء فى اعلان الحرب على أمراض كهذه لا تتوانى لحظة فى هجومها علينا . واعتقد انه يجب عمل كل تضحية لمحاربتها . واناديك بعد أن ناديت اهل البلاد لتمدى يد المعونة لشعبك وتسعفيه بقوتك وثروتك التى لا تخرج الا من خزائنه . وثقى بالك اذا قدمت بعض المال لمحاربة الامراض التناسلية — كما قدمتيه وتقدميه لغير ذلك من الأعمال — فأنك لن تأسفى على هذا المال بعدئذ » . واستلفت نظر حكومتنا الجليلة الى أن اللجنة الملكية البريطانية نصحت فى تقريرها عند دراسة الامراض التناسلية لحكومتها الانجليزية بأن تدفع ٧٥ فى المائة من جميع المصروفات التى تقوم بها المشاريع التى توافق عليها الحكومة لمحاربة الامراض التناسلية (Report of the British Royal Commission) . وأرى من الواجب ان اذكر الارقام الآتية مساعدة لحكومتنا الجليلة على القيام بخدمة البلاد بأموال البلاد . واذا ذكرت هذه الارقام فاننى لا اقصد أن

السنة	مجموع ما تصرفه بعض الهيئات والبلديات على العيادات الخاصة بالامراض التناسلية	ما تدفعه وزارة الصحة لمساعدة هذه الهيئات .
من سنة ١٩١٧ الى سنة ١٩١٨	١١٦٠٠٠ جنيهاً	٨٤٠٠٠ جنيهاً
« « ١٩١٨ « « ١٩١٩	٢١٤٠٠٠ «	١٤٥٢٣٣ «
« « ١٩١٩ « « ١٩٢٠	٢٨٧٠٠٠ «	٢٢٤٧١٦ «

جدول [١] نمرة (٤)

هذا المال هو كل ما يصرف فى بلاد الانجليز على الامراض التناسلية بل انه جزء

(١) Encyc. Brit. edition 1911. Vol. 32. p. 916.

من كثير مما يصرف على محاربة هذه الامراض لأن بريطانيا بها مستشفيات عديدة لمعالجة هذه الأمراض . ولكن هذه المبالغ هى التى تدفعها الخزينة العمومية لمساعدة بعض المستشفيات والمشاريع التى تحارب هذه الأمراض .

ولم أذكر ما يصرف فى الاقطار الأخرى لأننى اكتفيت بذكر ما يتعلق ببريطانيا وهى البلاد التى لنا بها احتكاك أكثر من غيرها . مع أن بعض البلاد الأخرى تصرف فى سبيل محاربة الأمراض التناسلية أكثر نسبياً من بريطانيا . وبعد تسطير هذه الأرقام اتوقع أن حكومتنا الجليلة ستشعر بضميرها الحى انها مكلفة بالاهتمام بالصرف على محاربة الأمراض التناسلية . فاذا كانت الميزانية لاتسمح بالقيام بهذه المطالب الأربعة ، واذا رأى رجال المالية ان « الملايين من الجنيهات » التى يتصرفون فيها لاتكفى لهذه الاقتراحات — ورأيهم صواب دائماً لأن من تحت أيديهم المال يفهمون قيمة المال أكثر ممن يحبون الاصلاح الحقيقي . . — فأننى أصر على اثنين من مطالبي الأربعة . وهما الأول (انشاء مستشفى للجلد والأمراض التناسلية بالعاصمة) والرابع (أى انشاء محطات الوقاية) وأملى فى رجال حكومتنا أن يسرعوا فى اجابة هذين المطلبين بقدر المستطاع . وان كانوا يقولون بأن المستشفى الجديد وهو مستشفى القصر العيني المزمع انشاؤه سيكون به قسم للجلد والأمراض التناسلية فانى أقول لهم ان الأقسام الخاصة بهذه الأمراض لاتكفى بل يجب انشاء مستشفى كبيراً خاصاً بها وحدها ، ولو فى شكل بنائه ، لأن هذه الدار تعلم الشعب خطورة هذه الأمراض .

ثالثاً — اصلاح برنامج التعليم بحيث يصبح كافياً لمساعدة طلبة العلم على فهم الحقائق التناسلية فهماً صحيحاً نافعاً واقياً من شرور جهلهم بها وكافياً لرفع معدل الاخلاق الشخصية والوطنية .

(١) ادخال مبادىء بعض العلوم مثل علم التاريخ الطبيعى أو النبات أو الحيوان والفيسيولوجيا والتشريح فى برنامج التعليم الثانوى . لأننى أخجل اذا قلت أن بلادنا هى البلاد الوحيدة فى العالم المتمدين التى يخرج « الطالب الثانوى » من مدارسها

لايفقه شيئاً عن تركيب جسمه . فهو فى الحقيقة معذور اذا اعتبرته — كما حصل — بعض جامعات أوروبا « جاهلا » . مع أن الطالب المصرى ذكى نبيه وأثبت دائماً تفوقاً على كثير من أقرانه فى الجامعات التى درس فيها كل برنامجها مثل زميله الاوربى . فان كان من وضع برنامج التعليم أولا رغب فى جعل معدل التعليم منحطاً فاننى واثق من أن وزير المعارف المصرى الحالى يكاد يلتهب غيرة على حالة العلم فى بلاده ، واننى آمل منه ومن باقى من يساعدونه فى عمله الشاق أن يبدأوا ثورة الاصلاح العلمى بادخال هذه العلوم في برنامج التعليم الثانوى [1].

(٢) ادخال بعض الدراسة السطحية جداً عن طرق نمو الحيوانات والنبات فى برنامج التعليم الابتدائى ليأخذ الاطفال فكرة بسيطة عن معنى «الجنس Sex». وليتمكن الطفل فى مستقبل دراسته الثانوية من فهم مايلقى عليه من العلوم النباتية أوالتاريخية الطبيعية بدون إحداث رجة عنيفة في عقليته ونفسيته . وبهذه المناسبة اشعر بميل لتذكير وزارة المعارف المحترمة باراء كثير من العلماء الذين بحثوا ونقبوا ودرسوا واختبروا طرق تربية الاطفال فى البلاد المتمدينة . ولكثرة هؤلاء سأكتفى بذكر بعضهم كانموذج لآراء غيرهم :—

(ا) ماريا ليشنيفيسكا [2] Maria Lischnewska نصحت بأن يبدأ فى تعليم الصغار فى المدارس الابتدائية ما هو لازم لهم فى حياتهم التناسلية فى السنة الثالثة الابتدائية — أى فى سن الثامنة أو التاسعة — بالقاء دروس فى علم التاريخ الطبيعي تتركب من مبادىء بسيطة جداً عن أمثلة من «التلقيح النباتى Vegetable fertilisation» وبعض أمثلة بسيطة عن التوالد في مملكتى الاسماك والطيور .

---

(١) ولقد أجابت وزارة المعارف هذا الطلب وأدخلت ، بعد مطالبتنا لها فى سنة ١٩٢٤ ، مبادىء العلوم السابقة الذكر فى التعليم الثانوى وهو ما نحمدها عليه .

(٢) ماريا ليشنيفيسكا من أحسن المربيات للصغار وقد درست طرق التربية التى نصح بها « بازيدوف Basedow » و « روسو Rousseau » و « سالتزمان Salzmann » و « جان بول Jean Paul » دراسة لابأس بها . وانصح بمراجعة مقالها البديع عن « تربية الاطفال التناسلية » في مجلة Mutterschutz, I. Teil, S. 137-150, 1905.

(ب) « البروفيسور فيرستر [1] Prof. F. W. Förster نصح بابتـداء التعليم التناسلي في سن الثانية عشر أو الثالثة عشر في أكثرية الأحوال . ولـكنه لم يبخل على من يكون سنهن أو سنهم أقل من ذلك وتظهر عليهم أعراض الرغبة في الاطلاع على معنى بعض المسائل التناسلية بأن تشرح لهم هـذه المسائل بطرق تضليلية بالنسبة لصغر سنهم .

(ج) « الريال شول پروفويسور زيجموند «Realschul Prof. Sigmund» نصح بأن لايبدأ بتعليم الصغار في المـدارس الابتدائية أى شيء يتعلق بالتناسليات بل انه يفضل ابتداء هذا التعليم في «المدارس الثانوية Gymnasium » . وانني أعتقد أن هذا الاستاذ النمساوى كان مدفوعا بعوامل نفسية أضعف من العوامل النفسية التى حركت ماريا ليشنيفيسكا التى نصحت بابتداء الدروس التناسلية في سن الثامنة [2]

والمؤلف يعتقـد انه بالنسبة للحالة العقلية في بلادنا يجب أن نبدأ في مدارسنا الابتـدائية باعطاء المتعلمين من أناث وذكور بعض المعلومات عن كيفية النمو النباتي

---

(١) راجع باب « التربيـة التناسلية Sexual Pedagogie » في كتاب Jugendlehre von F. W. Förster (Berlin, 1906 ، وبمناسبة التعليم التناسـلي ينصح المؤلف بمراجعة مقال ثمين عن « التعلم في موضوعى الجنس والوراثة »:

Education in Sex and Heredity, by Henry M. Grant, Jour. of Soc. Hygiene. Vol VIII. Jan. 1922. N.Y.A.

وبه آراء كثير من المعلمين والمعلمات الذين أثبتوا حسن عناية الاستاذ بأخلاق تلاميذه . واللغة الانجليزية مملوءة بأدبيات هذا الفرع من التعليم وهـكذا هو حال الأدبيات الامريكية وغيرها من البلاد المتمدينة ، وننصح بمراجعة الـكتب الآتية مع بساطتها لأنها تعطى القارىء فكرة عن تعليم الاولاد والبنات والطلبة عموماً :—

T.W. Galloway: Biology of Sex. For parents and teachers.

T.W. Golloway: Father and his boy.

B.C. Gruenbarg: High Schools and Sex Education.

M.C. Otto: Moral Education of Youth; pp. 52-67 in "International Journal of Ethics"; Oct. 1921.

(٢) نصح « بلوخ Bloch » في الفصل الخاص « بالتعليم التناسلي» في كتابه Sexualleben بابتداء هـذا التعليم في سن العاشرة مع شرح المسائل التى تتعلق بعلم التاريخ الطبيعى وبتوالد الحيوان والنبات . ونحن نكتب دائما اسم كتاب « بلوخ» باختصار ،ولـكن اجابة لسؤال بعض قراء تقريرنا «عن البغاء والامراض التناسلية بالقطر المصرى» نذكر هنا اسم كتاب بلوخ الكامل

Bloch: Das Sexualleben unserer Zeit. Berlin 1909.

والحيوانى بدون أى تلميح لطريقة التناسل . ونبدأ في مدارسنا الثانوية بشرح طرق التوالد النباتى والحيوانى حتى السنة الثانية . ونشرح فيسيولوجيا طرق التوالد الآدمي فى السنتين الثالثة والرابعة . والسبب فى ذلك هو ضعف عقلية المدارس الابتدائية وسرعة الوصول لسن « البلوغ » في مدارسنا الثانوية .

أما بالنسبة للتعليم التناسلى فى مدارسنا العالية فانى أعتقد — كغيرى ممن درسوا هذه المسألة — ان طلبة المدارس العالية (أى الطلبة بالجامعات) عندهم من المواد الدراسية ما يشغلهم ويشغل وقتهم عن اى علم يكلفون بدراسته لأى نوع من الاصلاح الاخلاقى ، ولذا فان طريقة التعليم التناسلى يجب أن تصبح طريقة اختيارية . وبعد الدرس الطويل والاختبار العميق وصل رجال التربية الى نتيجة واحدة فى اكثرية العالم المتمدين ، وهى ان الباب الذى يجوز للمربى ان يطرقه فى المدارس العالية هو باب المحاضرات والنشرات والمؤلفات التى تتعلق بالامراض التناسلية. وبما ان كل الجامعات بها (نواد Clubs) للطلبة فهم يلقون المحاضرات المتعلقة بالأمراض التناسلية فى هذه النوادى . وهم يوزعون النشرات والكتب الخاصة بهذه الأمراض فى هذه النوادى . وبما ان مدارسنا العالية (الا بعضها) ليس لها نواد خاصة فاننى اقترح على معالى وزير المعارف المسيطر على هذه المدارس أن ينشىء برنامجاً للمحاضرات الخاصة بالأمراض التناسلية وأن يصدر أمره بتوزيع النشرات والكتب الخاصة بالأمراض التناسلية على طلبة المدارس الخاصة بوزارته حتى تتم للطلبة الفائدة التى اجمعت بلدان العالم المتمدين عليها .

رابعاً — الاهتمام بالتعليم الدينى — يعترف المؤلف بأنه لا يمكنه ابداء آرائه تفصيلياً بالنسبة للتعليم الدينى ولكنه يستلفت نظر رجال الدين الى نقطة واحدة وهى: أن تعليم الدين يجب أن يوجه — فى عصرنا الحالى — الى الاهتمام « بالآداب الدينية » اكثر من « العقائد الدينية » لأن « آداب الاديان » مجمعة على شيء واحد وهو الفضيلة والعفاف وحسن المعاملة وشرف الضمير وعزة النفس . وكل هذه الصفات تكوّن « الرجل » . وأما العقائد الدينية فهذه مباحث قد تتعلق فى عصرنا الحالى برجال

التخصص العلمى أكثر منها بأفراد الشعب . (ويسرنى اننى سمعت ان وزير المعارف مهتم جداً بمسألة التعليم الدينى) .

خامساً – انشاء « صندوق المرضى Krankenkasse » للطلبة . يوجد نظام عظيم بديع بالمانيا وهو « صناديق المرضى Krankenkassen » ويشبه نوعا من النظام فى انجلترا يخدم الطبقات الفقيرة من الشعب الانجليزى وهو « طريقة أطباء المناطق Doctors' Panel System » . ونظام صناديق المرضى مبنى على نظرية « تعاون الطبقات المختلفة» . فمثلا يوجد صندوق المرضى للطلبة . وهو عبارة عن أن يدفع كل طالب بالجامعة مبلغا من المال – لايزيد عن اثنين جنيه مثلا – كل عام لهذا الصندوق، ويتكون من هذا المبلغ قيمة من المال تصرف على من يمرضون من الطلبة طول العام . وما يزيد بعد الصرف على المرضى يحجز كاحتياطى بصندوق المرضى من الطلبة . وحيث انني عالجت فى مصر عدداً كبيراً من الطلبة وفهمت أن أكثرية الطلبة تتذمر من قلة المال ، وحيث أن عدداً لايستهان به من الطلبة يصاب بالأمراض التناسلية ويخجل من أن يذكر هذه الاصابة لوالديه ويفضل إهمال هذه الأمراض بدون علاج عن أن يفضح سر اصابته لأهله، فانني أقترح انشاء «صندوق المرضى Krankenkasse » للطلبة ، وليس على وزارة المعارف إلا أن تضيف جنيهاً واحداً لمصاريف الطالب المدرسية – وفى حالة احتياج الصندوق لمال أكثر من ايراده فتتبرع الوزارة بهذه الزيادة – وتنتخب الوزارة عدداً من الأطباء الاخصائيين للأمراض التناسلية وتتفق معهم على معالجة طلبة المدارس بواسطة استمارة مختومة من « صندوق المرضى » ويتحاسب الاطباء والوزارة بعد مدد معينة . واذا رأت الوزارة تعميم منفعة «صندوق المرضى» على باقى فروع الامراض المختلفة فيمكنها زيادة «الرسم السنوى» والاتفاق مع باقى الاخصائيين والصيدليات الضرورية، فيصبح النظام مثل النظام المتبع في المانيا تقريباً. وهو في الحقيقة نظام تعاونى بديع ولى مزيد الثقة في أن الوزارة تهتم بهذا المشروع لأنه من الحيوية بمكان يستدعى اهتمام وزير المعارف به اهتماماً كبيراً .

سادساً – انشاء متحف بالقاهرة يحوى نماذج شمعية أو نماذج من الجبس

وصوراً تمثل فتك الامراض التناسلية بالآدميين ويكون هذا المتحف مفتوحا ليزوره الجمهور مجاناً . ويعطى كل زائر عند دخوله كتيباً صغيراً به وصف هذه النماذج والصور بنمرها المتسلسلة وبه **النصائح الطبية** اللازمة. ويوجد متحف من الجبس بمدرسة الطب بالقاهرة لايستفيد منه طلبة الطب فائدة تذكر لأنهم يدرسون العلوم الطبية على الأحياء والموتى وداخل المتحف الباتولوجى . ولا أرى مايمنع وزارة المعارف من إخراج هذا المتحف للجمهور بعد أن تستحضر من أوروبا وأميريكا مجموعة كبيرة من النماذج الشمعية **والصور** التى تمثل الامراض التناسلية فتوجد بهذا المتحف استاذاً عظيما لعامة الشعب يعلمه كل مضار الامراض التناسلية[1]. واذا كان الكتيب الصغير يحمل الحكومة بعض المصاريف فيمكنها تحصيل اى ثمن بسيط له (مثلا خمسة مليمات) ، **ولكن لتجعل الدخول للمتحف مجانياً .**

سابعاً – العناية بالاحصائيات التى تتعلق بالأمراض التناسلية وبكل ما له علاقة من العوامل التى تساعد على دراسة حالة تقدم هذه الأمراض أو تناقصها ، وعندى عدة اقتراحات فنية تتعلق بهذه المسألة أترك تفاصيلها الآن ومستعد لتقديمها للجنة التى سأقترح انشاءها فى آخر التقرير . وليتذكر الجميع فى بلادنا من رجال الحكم الى جميع البحاثة والمفكرين ان «الاحصائيات هي العامود الفقرى للمباحث الاجتماعية».

ثامناً – انشاء فرع بقلم المطبوعات يسمى « ادارة رقابة المطبوعات الطبية » وينقسم اختصاصه الى قسمين :—

(ا) رقابة الاعلانات التى تتعلق بالأدوية والعقاقير .

(ب) رقابة الاعلانات التى تتعلق بالأطباء .

(ا) أما القسم الذى يراقب الاعلانات الخاصة بالأدوية والعقاقير فيمنح سلطة

---

(١) ويسرنى ان اقول ان الوزارة اجابت هذا الطلب أيضا وبصورة مكبرة بانشائها « متحف فؤاد الصحى » وهو ليس قاصراً على الامراض التناسلية بل يشمل معروضات اخرى بديعة وياحبذا لو طبعت نشرة صغيرة ضد الامراض التناسلية لتوزع على زائرى هذا القسم من المتحف كما ذكرنا .

منعْ نشر و توزيع أى اعلان عن أى مجهز أو مركب طبى بلغة لايوافق عليها آخر رأى للعالم العلمى الحديث . ولو اعترض معترض بقوله (ان تجارة العقاقير لاتختلف عن باقى أنواع التجارة ولا تقوم قائمة للتجارة الا بطرق النشر و «الريكلام» الواسع فكيف تمنعونا من النشر؟) فنقول له « نعم ان التجارة تقوم على النشر والريكلام ويجوز استعمال المـدح والثناء في النشر ولكن اذا وصل المدح الـكاذب والثناء الفاحش لدرجة لايقصد منها الا ابتزاز أموال الشعب فقط بل وايذاء الشعب في صحته وعافيته فيجوز لرجال السلطة ايقاف هذا النشر والريكلام . اليس من المخجل واليس من العار أن ينشر في مصر اعلان عن قطرة يسمونها « قطرة اللؤلؤ » يكتب ناشره « تشفى بكل تأكيد — جميع التهابات العين — والجفون الحديثة والمزمنة — اللحمية أو الحبيبات اللحمية — تزيل احمرار العين والجفون والغباشة والنقطة عن العين — تمنع الرمد الصـديدى — تستأصل الشعرة بدون سلاح » ويقول في اعلانه بعدئذ « كان يظن الناس ان الشعرة لايمـكن استئصالها الا بواسطة العمليات الجراحية رغمًا عن أن العمليات تشوه منظر العين التى هى نقطة جمال الوجه . ولـكن قوة الله فوق كل قوة وعلمه فوق كل علم فقد أراد سبحانه وتعالى أن ينفع عبيده بفائدة عظيمة لم تكن تخطر على بال بوسطة عبده ، فقد ساقتنى الصدف لاستعمال علاج امرأة فقيرة كادت الشعرة تعميها . . . فاستعملت لها قطرة اللؤلؤ . . . فجاءت بنتيجة ما كنت أحلم بها وهى أن الشعرة لم تعـد تظهر أبداً وأصبحت أعينها آية في الجمال . . . . ولذلك أعلنها الآن بكل جرأة خـدمة للانسانية غير مبال بغضب أطباء العيون ولا رضاهم » .

نقلت هذه الألفاظ بالنص من اعلان قذف به فى وجهى يومًا ما وأنا ذاهب فى سيارة لعيادة سيدة مريضة فى منزلها . وعندى الاعلان لهـذه اللحظة وعليه اسم ناشرة واسم المطبعة . فهل يوجد نوع من التدجيل والتضليل أكثر مما جاء فى هذا الاعلان ؟ وهل يجوز لرجل غير الأطباء أن يعالج امرأة ؟ وهلا تجد النيابة العمومية فى

مثل هذا الاعلان اعترافاً صريحاً من رجل غير طبيب بتعاطى مهنة الطب ؟! وبعد كل هذا هل يجوز لصيدلى أو عطار مثـل محمود أو زيد أو بكر أو حبيب نجار أن لا يعبأ فى مسألة طبية فنية رمدية بأراء أو بغضب او برضاء أطباء العيون عن قطرة من القطرات ؟ ؟ .... نعم يجوز له لأن مصر هى البلاد الوحيدة التى يجوز للعطارين والمضللين أن لا يهتموا بأراء الفنيين فيها !!

أليس من المحزن والمضحك فى نفس الوقت أن ينشر ناشر فى مصر انه اكتشف دواء وأعطاه اسم « انتيسيفيليتيك » وهو سائل فى زجاجة يتعاطى المريض بالزهرى زجاجتين أو ٣ زجاجات منه فيتم له الشفاء من « التشويش » ؟ الا أن « فورنييه Fournier» و « ايرليش Ehrlich » لو سمعا بذلك لمـا اقدما على دراسة طويلة متعبة مثل دراستهما...

أليس من المعيب أن نقرأ يومياً فى جرائدنا أن « المرهم ... الفلانى » يشفى **جميع** الأمراض الجلدية ......!!

أليس مما يجعل الانسان يقهقـه استهزاءاً أن ينشر مخزن أدوية أو عطارة فى مصر عن « برشام » يشفى البول السكرى **شفاء تاماً** ويقول فى اعلانه انه لا يوجد دواء ضد البول السكرى الا هذا الدواء مع ان العالم كله يعلم الآن الشيء الكثير عن أعظم اكتشاف طبى فى سنة ١٩٢٣ وهو « الانسولين » !!.. الا ان « كانادا Canada » قد ترغب فى التفرج على مثل هذا الاعلان المصرى العجيب .. ؟

أن لغة الاعلانات عن الأدوية والعقاقير أصبحت لغة يرى فيها المؤلف سعى من يريدون ابتزاز أموال الشعب باستغفال الشعب . بل ان فيها روحا من التحقير والسخرية بالأمة مما يستدعى قيام رجال السلطة باتخاذ الاجراءآت الفعالة لايقاف هذه الألفاظ عنـد حدها ، لأنى أرى فى هذه الكتابة صورة بشعة — أرى فيها رجلاً نصاباً ينظر الى مجموعة من الفلاحين وأهل المدن البسطاء ويقول لنفسه ان المصرى مغفل يصدق كل شيء فلنأخذ أمواله ببضعة اعلانات . ولو أخذ هذا المـال بدون

ايذاء صحة المصرى البسيط لعذرناه كزملائه المسيطرين على بورصة القطن المصرى ولكنه يعتدى على صحة البلاد العمومية ولذا يجب إيقافه عند حده بواسطة « ادارة رقابة المطبوعات الطبية » .

(ب) رقابة الاعلانات التى تتعلق بالأطباء : — يخجلنى ان أطلب تقييد حرية الطبيب فى أى عمل يعمله ، ولكن الحالة الأدبية فى مهنة الطب فى مصر أصبحت تخجل وتشين لدرجة تجعل الانسان يضحى فى سبيل اصلاحها كل شيء حتى جزءا من الحرية الشخصية . . . لا تقع عين الانسان على جريدة أو مجلة أو رواية أدبية أو ساقطة الا وتبهر نظره اعلانات الأطباء :

« لغة الاعلانات » : - الطبيب فلان - المتخرج من جامعات لندره وباريس وبرلين وسويسرا وڤينا والمساعد للبروفيسور X ورئيس العيادات الخارجية . . . . ! ! اختصاصى فى أمراض كذا وكذا وكذا ، يعالج بأحسن الطرق وأحدث الأدوات وبالكهرباء وبالأشعة الخضراء والصفراء والذرقاء « والاشعة التى ليس لها لون » ويشفى أضخم البواسير الدامية بدون سلاح ، ويعالج السيلان فى ٣ الى ٥ أيام ، ويشفى العقم ، ويولد النساء بدون أى خطر ، وله طرق خاصة استحدثها . . . ! ! ! أو يكتب عن نفسه معززا عيادته "Meubles de luxe, installation electrique mondeme ! !" أو يقذف الجمهور بوابل من جمل المدح والثناء من رجل لا وجود له أو هو مخلوق موجود كمدمه يزعج القارىء بخبر شفاء حضرته على يد الطبيب فلان بأسهل الطرق بعد أن قضى ٥٥ سنة مريضاً وتقلب على عيادات الأطباء بدون الحصول على فائدة فهو يدعو لهذا الطبيب الذى عالجه ونجح فى علاجه وينصح المرضى أمثاله « المغفلين » بزيارة هذا الطبيب ويدعو لمنقذه . . ! بطول البقاء — (ملحوظة : يدفع حضرة الطبيب أجرة نشر هذا المدح الكاذب) .

ويكتب بعضهم زيادة عما تقدم « وقد مضى الدكتور فلان أكثر من عشرين عاماً فى مصر يعالج فيها مرضاه بذمة . . . . ! وأمانة . . . ! ! ! ! » . وقد رأيت اعلانات لواحد من هؤلاء تستغرق نصف نهر (عامود) أو ثلاثة أرباع عامود فى عموم

الجرائد اليومية العربية والأفرنجية لمدة تزيد عن أربع أو خمس سنوات . وهل يليق بطبيب ينشر اعلاناً عن نفسه ويوزعه بواسطة « الأولاد جامعى أعقاب السجاير ومساحى الأحذية » ويكتب فيه «الاستاذ الدكتور فلان » اختصاصى فى الأمراض العصبية من انجلترا وفرانسا والمانيا — وفى آخر اعلانه يكتب بدون خجل أو حياء — اطلبوا دهان الدكتور فلان . . . دهان صحى للتقوية واطالة المـدة !! ؟ ثمنه ١٠ قروش صاغ » .

وفى اعلان آخر وزعه هذا الطبيب (واخجل من تسميته طبيباً) جاء الآتى بالنص : « الحبوب التناسلية — للدكتور فلان بالجهة الفلانية . . . . كثير من النساء المصابين بأمراض عدم الحمل وخلافها يعشن بالأمراض ولا يقبلن فحصهن بواسطة طبيب لذلك قد بحثت وتوصلت الى ايجاد تركيب هذه الحبوب لمعالجة جميع أمراض النساء وخصوصاً عدم الحمـل والالتهابات وعدم انتظام العادة وانقطاعها والضعف والوجع والرطوبة وقد جربت هذه الحبوب فى أوروبا فنجحت ونلت الجائزة الأولى وباستعمال علبة واحدة تكفى أن تجعل الامرأة العاقر ان تحمل بعد شهرين من استعماله **مهما كانت الاسباب** وتفيد للامرأة التى يحصل عندها دائماً (سقط) قبل ٩ أشهر . . . العلبة ١٠٠ غرش صـاغ وتطلب من العيادة وترسل بالبوسطة . وقد صادقت على فوائدها وزارات الصحة النمساوية والالمانية » . . . . . . !!!!! ؟

« **مدة نشر الاعلانات** » لانهاية فى مصر لهذه المدة لانها تستمر طول حياة الطبيب وتنتهى عند رحيله من البلاد ، أو (بعد عمر طويل) بعد وفاته .

فهل تليق هذه اللغة وهذه المدة بالاطباء ؟ نعم قد يقول بعضهم أن الطبيب كغيره من الناس **قد يحتاج** لنشر اعلان لغرض خاص فكيف تمنعوه من ان ينشر اعلاناً ؟ فنرد على هؤلاء بقولنا « نعم انه يجوز للطبيب نشر اعلاناً فى ظروف مخصوصة وهى : — **اولا** — عند ابتداء عمله فى بلد لم يكن فيها . ولـكن يجب أن لا يزيد الزمن اللازم لنشر الاعلان عن شهر أو شهرين مثلا . **ثانياً** — عند نقـل عيادته ، ولا يجوز له حينئذ أن ينشر عن محل عيادته اكثر من ٣٠ الى ٤٠ نشرة مثلا . **ثالثاً** — عند

تغيير مواعيدعيادته، ولا يجوز له أن ينشرعنذلك لمدة تزيد اسبوعين او ٣ اسابيع رابعاً -عند قيامهلسفر وعند رجوعه .ولا يجوز له أن ينشر عن ذلك اكثر من ٣الى ٦مرات مثلا[1] خامساً – عند وفاته فيكتب عنه اهله مرة واحدة !!. ولكننى عرفت اطباء ينشرون من شهر مارس الى شهر مايو انهم سيقومون لاوروبا ويذكرون . نبوغ علمهم وبديع طرقهم فى اعلاناتهم ، ويبدأون من شهر يونيه الى اغسطس بنشر « انهم فى اوروبا يزورون المعاهد والمستشفيات للاطلاع على كل جديد فى العلم »، ويبدأون من شهر سبتمبر الى يونيه الذى يليه بنشر « انهم عادوا من اوربا بعد أن حملوا معهم اسرار العلوم وكنوز الطب لخدمة مصر والمصريين . . ! » .

وقد لاحظت أن عدداً كبيراً من الاطباء الذين يعانون الاشتغال بالامراض الزهرية والجلدية يعلنون عن انفسهم بلغة قد نجيز وصفها بأنها لغة معيبة وهذا ما يبرر وجود مثل هذا الاقتراح . ولو اننى اعتقد أن الدافع الحقيقي اطلب هذه الرقابة هو الفوضى الفظيعة فى الاعلانات الطبية عموماً ،لأنى اعرف—كما يعرف القارىء الكريم — أن اكابر الاطباء يترفعون عن مثل هذه الاعلانات المشينة . واما هذه الطبقة من الأطباء التى ترصع جيد الجرائد باسمائها التى تدرج داخل اعلانات مأجورة ، لغتها ساقطة وكذب صراح ، فأنها لا يليق اعتبارها ادبياً كطبقة من الاطباء بل انها مجموعة من المسترزقة فى بلاد ليس بها — لسوء الحظ —أى هيئة تقى الاطباء والطب والمرضى شر هذه الحيوانات الطفيلية التى تتغذى من دماء كرامة المهنة وصحة المرضى بواسطة استغفال المرضى من شعب لم ينتشر التعليم بعد فى طبقاته .فامام هذه الفوضى وما ينتج عنها من الاضرار بصحة الشعب ليس على الحكومة الا أن تستعين بقلم المطبوعات وتنشىء «ادارة رقابة المطبوعات الطبية»وتضع لها من اللوائح والانظمة ما تراه صالحاً.

---

(١) لا أقصد بتحديد الزمن اللازم او عدد النشرات انني أضع نفسي حكما يصدر قانوناً للأطباء بل انني أرغب فيإعطاء القاريء فكرة بسيطة عما يجوز ادبياً للأطباء اتباعه في علاناتهم بحيث لايلحق المهنة من هذه الاعلانات ومدة نشرها ما يشينها هى و افرادها معاً .

تاسعاً — منع[1] الصيادلة والعطارين والدجالين من تقـديم العلاج أو تجهيز أدوية أو عقاقير من عندياتهم بدون « تذكرة طبيب Prescription » . ومجرد وضع عقوبة شديدة لمن يخالف هذا المنع مع ايجاد نظام للتفتيش والرقابة الحقيقية يـكون كافياً لحد محدود لايقاف هذه الطبقات عند حدها .

عاشراً — تشكيل « لجنة ملـكية » لدراسة حالة الامراض التناسلية بالقطر المصرى وكل مايمكن اتباعه من الطرق الرسمية لمحاربتها . ويجب أن تضم هذه اللجنة لأعضائها من ترى نفسها فى حاجة لعلمه وخبرته بهـذه الدراسة من غير موظفى الحكومة . ومن واجبات الحـكومة أن تنفذ ما تنصح بعمله هذه اللجنة .

حادى عشر — انشاء « جمعية لمقاومة الامراض التناسلية بالقطر المصرى » : ولا أقصد أن أقول أن الحـكومة تنشىء مثل هذه الجمعية بل ان هذا واجب الاهالى، ولا تنجح مثل هذه الجمعية إلا بمجهودات أفراد الشعب . ولـكنى أقصد أن استلفت

---

(١) وهذا مانصت به اللجنة الملـكية البريطانيه . راجع Report of the Royal Medical Commission . وأرى من المناسب هنا ان اذكر ملخص الاجراءات الرسمية التى تتبع فى الولايات المتحده لمقاومة الامراض التناسليه : —

(ا) التبليغ عن حالات الامراض التناسلية وتقييدها بطريقة سرية .

(ب) عزل ومعالجة المصابين بالامراض التناسلية فى مستـشفيات خاصة بحيث يكون هؤلاء عاجزين او غير راغبين فى معالجة انفسهم حتى يصبحوا غير خطرين على مجموع الأمة مع اتخاذ كل الاجراءات الممكنة لمحو البغاء.

(ج) تسهيل طرق التشخيص والعلاج للجميع

(د) منع الصيادله والعطارين من تقديم « وصفات طبية » من عندياتهم

„Prohibition of prescribing by druggists„

(ه) المقاومة بطريقة نشر التعليم الكافى عن هذه الأمراض بكل الطرق الممكنة مع توجيه عناية خاصة لتفهيم الشعب طبيعة هذه الامراض وطرق العدوى بها وطرق الوقاية منها .

؟ Reports of Public Health Service, U.S.A.

وكنت اتمنى ان تكون حالتنا هنا مساعدة على اقتراح انشاء « نظام التبليغ Notification » ولـكننى اعتقد انه لايمكننا الآن ان ننشىء هذا النظام ولو انى اتمنى انا نتمكن فى المستقبل القريب من ان نوجد هذا النظام كما هى الحال فى نروج والدانيمرك وبعض ولايات امريكا .

نظر الحكومة الى أمر واحد وهو انه عند وجود جمعية بهذا الشكل فواجب الحكومة الأدبي هو أن تمد هذه الجمعية بكل مساعدة لازمة خصوصاً فيما يتعلق بتسهيل الحصول على « أى احصائيات رسمية » موجودة أو تقترح الجمعية ايجادها بمساعدة أى مصلحة من المصالح الاميرية ، ولا بأس من مساعدة الجمعية ماديا .

ولا تقف الاحصائيات التي تجمعها مثل هذه الجمعية عند حد الاحصائيات الرسميه بل انها يمكنها عمل احصائيات مختلفة . فمثلا يجهز المؤلف الآن احصائية عن ٢٠٠٠ شخصاً بينهم الطالب والموظف والمحامى والمهندس والاعيان والعمال وغيرهم . وطريقته هى انه وزع مجموعة من الأسئلة على سامعى « محاضراته عن الأمراض التناسلية » وطلب منهم الاجابة عن هذه الاسئلة وارسال اجابتهم بالبوستة اليه . وتتركب هذه الأسئلة من « ماهو عمر الشخص ؟ ووظيفته ؟ وهل هو أعزب أم متزوج ؟ وعدة أسئلة تتعلق بحياته التناسلية وعاداته وميله للمطالعة . . . . الخ . . . » وعندما يتم المؤلف دراسة هذه الاجوبة سينشر ملخصاً عن احصائيته . ويمكن تعميم هذه الطريقة باشكال مختلفة وفى أوساط الامة جميعها بمجهود هذه الجمعية . لأن الحصول على احصائيات مختلفة هو أول واسطة تستخدم لتقرير مايمكن اتباعه لاصلاح اى عيب من العيوب الاجتماعية .

ثانى عشر — أن تنتدب الحكومة المصرية هيئة تمثلها فى أول مؤتمر دولى سيعقد لمقاومة الامراض التناسلية .

هذا هو ما اعتقد امكان تنفيذه من الاقتراحات التي يمكنني أن اقترحها الآن لمقاومة الأمراض التناسلية تاركا غيرها لتطور تلك الحركة المباركة لمحاربة البغاء وهذه الامراض ، ولى كبير الأمل فى أن تسمع حكومتنا الجليلة صوت أحد أبنائها وتجيب هذه المطالب .

(٢) طرق الوقاية الشخصية والطبية

نأمل أن نكون جئنا فى كل الصحائف السابقة على بعض ما فيه الكفاية لردع الشباب

والشبان عن ارتكاب الموبقات واننا على ثقة من أن الشاب الذى يقرأ ما كتبنا بامعان ويسمح بتسليط رأسه المفكرة على رغائبه الشهوانية وأمياله الحيوانية يقدر بكل سهولة على وقاية نفسه من التعرض للرذيلة والاعتصام بالعفاف . ولكننا نذكر هنا طرق الوقاية الطبية لا لنقدم سلاحاً لفاسدى الأخلاق ينزلون به معركة الفساد باطمئنان بل مساعدة للبلاد على التخلص من شر انتشار الأمراض التناسلية فيها وحفظاً لصحة الشباب من الضياع والتدهور من اصابة واحدة تصيبها فى ساعة طيش أو لسقطة قد يعقبها اعتدال تام . وتتركب طرق الوقاية الطبية من : —

(١) انتخاب الشخص المقصود الجماع معه انتخاباً جيداً .

(٢) فحصه بكل الطرق التى يمكن أن تتوفر للانسان فى مثل هذه الظروف .

(٣) عمل الاجراءآت الطبية الممكنة .

(٤) استشارة الطبيب عند ملاحظة أى شىء غير عادى بعد الجماع حالا أو بعد يوم من الجماع .

(١) انتخاب الشخص : لا نقصد هنا الجمال والقوام لأن هذا يتعلق بأمزجة أصحاب الشأن . ولكننا نقصد انتخاب واحدة لها بعض المظاهر التى قد تشهد لها سطحياً بأنها من وسط يهتم بصحته ولو قليلا . وبطبيعة الحال تلاحظ نظافتها الشخصية لا من شكل الملابس الخارجية بل من عاداتها فى أكلها وجلوسها ، واذا أمكن الاطلاع على الملابس الداخلية فانها تعطى الشاب فكرة عن عاداتها الشخصية ونظافتها الحقيقية، وغنى عن البيان أن نذكر ان حالة المرأة المالية تساعدها إن كانت جيدة على العناية بنظافتها وصحتها ومعالجة نفسها ، ولذا فان النساء اللواتى يكتسبن ايراداً حسناً يفضلن على غيرهن ولو ان كثيرات ايضاً بين هذه الطبقة يكن مصابات أمراض مختلفة . وعلى العموم فاننا نقصد « بانتخاب المرأة » أن لا يندفع الشاب وراء كل شىء يراه ويصادفه .

(٢) فحص المرأة : يا حبذا لو تمكن كل شخص من الكشف طبيا على من يريد ان يجامعه . ولكن بما ان هذا مطلب متعذر بل مستحيل فى أحوال كثيرة فلا بأس من أن يقوم كل شخص بالكشف خدمة لمصلحته شخصياً . ولا نقصد «بالكشف»

شيئاً كثيراً بل ان كان كل شاب يجب ان ينتبه للملاحظة « كل شيء غير عادى أو غير طبيعى فى شكله يكون ظاهراً على المرأة » فمثلا اذا رأى رجل قرحة مهما كانت صغيرة على الشفتين أو تقرحاً بسيطاً باللسان أو أى شي غير عادى على سطح الجسم كله أو تسلخاً بسيطاً على الفرج فان هذا يكون كافياً لأى شخص غير رجال الطب ليمتنع امتناعاً باتاً عن المرأة . لأنه لايدرى ان كان هذا تقرحاً زهرياً أو غير زهرى .

وننبه القارىء الى علامة من أحسن العلامات وهى وجود آثار (إبرة الحقنة) على الزراعين عند السطح الداخلى للمرفق أو وجودها على إلاليتين إذ أن هذا دليل على ان المرأة تعالج بالزرنيخ فى وريدها أو بالزئبق لوجود الزهرى عندها.واذا لاحظ الرجل أى خشونة فى صوت المرأة غير عادية فليمتنع ايضاً عن القرب منها أو تقبيلها لأنها قد تكون مصابة بالزهرى وهذه الخشونة قد تكون ناتجة عن التهاب زهرى حاد أو مزمن فى حنجرتها ، نعم قد تكون هذه الخشونة ناتجة عن التدخين الكثير وشرب الخمور وهو ما اعتادت عليه النسوة أو نتيجة (برد) بسيط أو غيره ولكن من يدرى زائرها انه ليس ناتجاً عن الزهرى ؟ وأما اذا أراد الرجل التحقيق من ان المرأة مصابة بالسيلان فأنه يمكنه فحص الملابس الداخلية واهمها السروال أى (اللباس) فيرى عليه بقعاً صديدية ، وأحياناً يرى افرازات صفراء خضراء على (اللباس) وتكون جافة عادة . ولكن النساء – خصوصا العاهرات – اعتدن على خلع ملابسهن الداخلية (خصوصاً اللباس) فى غرفة أخرى من غرفهن قبل الجلوس مع ضيفهن الجديد وخلع ملابسهن « رسمياً » أمامه . وأما العضو التناسلى للمرأة فيكون عليه بعض الافرازات الصديدية السيلانية فى اكثرالحالات . ولكن العاهرات (و بعض الممثلات والراقصات الأجنبيات فى مصر) تعودن على الاغتسال جيداً قبل عرض أنفسهن « على المكشوف » لزبائهن . ومما تقدم يرى القارىء بسهولة تعذر الكشف جيداً على المرأة العادية ، فما بالك بتلك التى تغازل وتخاطب بأدب وذوق رقيق ولا تمكن مفاتحتها فى مثل مسائل مرضها لان شروط الرقة والكياسة والتمدين (جالانترى) لا تسمح بمثل هذه الخشونة — خشونة الشك فى نظافتها وهى « مدموزيل فلانه الراقصة

المشهورة » - وعلى ذلك فلا يمكن الاعتماد على هذا الكشف الا قليلا و يجب الالتجاء الى : -

(٣) عمل الاجراءات الطبية الممكنة : وأهم هذه هو استعمال « الغطاء الكاوتشوك أو ما يسمونه (الكاپوت) أى (پريزيرڤاتيف) وهو كيس صغير من الكاوتشوك يغطى به كل القضيب حتى لا يتعرض القضيب وهو داخل العضو التناسلى لأى عدوى، و بعد الجماع يخرجه الرجل من على قضيبه باحتياط حتى لا يلوث سطح (الكاپوت) المتسخ سطح القضيب الذى لم يلمس شيئاً . وتوجد أنواع كثيرة من هذا (الكاپوت) فى السوق . وأغلاها ثمناً هو أمتنها . ولكن كثيرين من الرجال لا يجدون لذة قط عند استعمال (الكاپوت) وأحياناً ترفض المرأة استعماله . ولذا ترانا مضطرين لوصف الطرق الطبية المباشرة ،وأحسن طريقة فى اعتقاد المؤلف **للوقاية من الزهرى** هى التى شرحناها فى صفحات ٢٢٦ الى ٢٢٨ فليراجعها القارىء . وأما **الوقاية من السيلان** فبعد الجماع يبول الرجل و يغتسل جيداً بالماء الساخن والصابون ثم يحقن مقدار سنتى متر مكعب أو اثنين من محلول (پروتارجول) ١٠ جرام فى ١٠٠ جرام ماء مقطر) في مجرى البول بحقنة السيلان الصغيرة . ويمكن استعمال أى محلول قوى من أملاح الفضة العضوية الاخرى .وننصح بعدم استعمال محلول نترات فضة فى الوقاية من السيلان لان هذا المحلول يفتك حقيقة بالميكروبات ولكنه يفتك أيضاً بسطح مجرى البول المخاطى الدقيق . و ينبه الطبيب من يستعملون طرق الوقاية المذكورة الى أنه ربما يحصل عندهم التهاب كياوى بسيط فى مجرى البول ، وقد تظهر عندهم ثانى يوم لعمل الوقاية بعض افرازات من فتحة القضيب الامامية . ولكن هذا الالتهاب ينتهى بسهولة و بدون علاج بعد يوم أو يومين .

وتوجد فى السوق « أدوية مجهزة » للوقاية تحت الاسماء الاتية :—

(ساماريتر) [1] و (ڤيرو)[2] و (پروفيلاكتول) [3] و (تاليزمان) [4]

---

(١) Samariter (٢) Viro (٣) Prophylaktol (٤) Talisman

وكلها محاليل تحوى مركبات بها ٢٠ فى المائة من البروتارجول. وتوجد شموع (بوچيز) يمكن ادخالها فى مجرى البول بعد الجماع لوقايته من السيلان وتباع فى السوق تحت الاسماء الآتية (كافيبلين شوتس ميتيل)[1] و (ديليجون)[2] و (نارجول بوچيز)[3]. وطريقة ادخال هذه الشموع بسيطة وسهلة وترى مكتوبة على كل عابة. وقصاري القول فان طريقة الوقاية التى ينصح بها المؤلف وقد أثبت اختبارها المتوالى أنها أفضل طريقة هى كالآتى :– يدهن الرجل بالمرهم تركيب المؤلف (انظر صفحة ٢٢٦) قبل الجماع. وبعد الجماع يبول الرجل،ثم يغتسل بالماء الساخن والصابون ثم يحقن مقدار سنتى متر مكعب من محلول (پروتارجول ١٠ فى المائة) ثم يدخل فى مجرى البول شمعة من الشموع المذكورة آنفاً ثم يدهن القضيب وكل جزء يكون لمس المرأة فى أى نقطة يخشى من وصول العدوى منها للرجل بالمرهم تركيب المؤلف.

وفي حالة عدم وجود استعداد كاف عند الرجل للقيام بهذه الطريقة فأحسن ما يعمله لوقاية نفسه هو أن يبول بعد الجماع ويغتسل جيداً بالماء الساخن والصابون ثم يغتسل بمحلول (پرمنجنات البوتاسا ١ فى ١٠٠٠) وأكثر النساء البغايا عندهن مثل هذا المحلول.

واذا وجدت يوماً ما عيادات ليلية بمصر بالقرب من أحياء المومسات فيجب على كل شاب أن يزور هذه العيادات عقب الجماع لتعمل له الوقاية اللازمة.

هذه هى طرق الوقاية الطبية ذكرناها تفصيلياً ونكرر اننا لم نذكرها تشجيعاً على ارتكاب المحرمات بل خدمة لصحة البلاد ووقاية لها من انتشار الأمراض. وليفهم القارىء أن نجاح الوقاية ضد الزهرى باستعمال هذه الطرق أضمن جداً من نجاحها ضد السيلان. ونذكر الشاب والشابة مرة أخرى بالوقاية من الزهرى الواردة فى صفحات ٢٢٦ و٢٢٧ و ٢٢٨ من هذا الكتاب.

---

(١) Caviblenschutzmittel به ٥ فى المائة من البروتارجول. تركيب « Bruck »

(٢) Delegon به ٢ فى المائة من البروتارجول ، تركيب « Hofmann »

(٣) «Nargol Bougies» به ١ فى المائة ويوجد نوع به ٢ فى المائة نترات الفضة ، تركيب « Parke, Davies. & Co. »

(٤) استشارة الطبيب : لتتميم الوقاية: يجب استشارة الطبيب اذا لاحظ الرجل (حرقانًا) أو (ألمـًا) أو (طفحًا جلديًا) أو (افرازات تخرج من القضيب) اول أو ثانى او ثالث يوم بعد الجماع . نعم ان هـذا ليس طريقًا مباشرًا من طرق الوقاية بل انه قد يكون من طرق العلاج ، ولكن يمكننا أن نسميه وقاية من تقدم المرض عند من يصاب به لأن الطبيب اذا ابتدأ علاج أى مرض ظهر حـديثًا فان الشفاء يكون عاجلا وسريعًا والنجاح مؤكد .

هذه هى طرق الوقاية للأعضاء التناسلية ، ولـكن ماهى طريقة وقاية باقى أجزاء الجسم التى تتعرض كثيرًا للعدوى ؟ فمثلا كيف نتقى العـدوى التى تصيب الشفتين من القبلات المتوالية ؟ انى لا أعرف طريقة مفيدة محققة لمنع هـذه العدوى سوى الخضوع للعلاج المذكور فى صفحتى ٢٢٧-٢٢٨ ولذا فان أفضل شىء هو الامتناع التام عن التقبيل. وكيف نتقى العدوى التى تصيب الصدر من وجود تقرحات صغيرة على صدر المرأة أو تصيب أى بقعة من قبلات المرأة المتوالية لأجزاء جسم الشاب الذى يجامعها؟ ألا أنه لاتوجد أى طريقة غير الامتناع عن تقبيل المرأة ومنعها عن التقبيل . ولـكن يحق القارىء الـكريم أن يخبرنا « ماهي اللذة من مثل هذا الجماع الذى تصحبه كل هذه القيود ؟ » ... !

خير لـكل شاب أن يقول « ربي اهـدنى العفاف وعزة النفس والترفع عن الدنايا بلطفك وكرمك » .

مجموعة صغيرة كمثال لوضع الاصطلاحات الأجنبية بالعربية

الاصطلاحات العربية	الاصطلاحات الاجنبية بالعربية	الاصطلاحات الاجنبية بلغتها
آثار البكارة	كار انكيولى ميرتيفورميس	Carunculæ Myrtiformis
ارتشاح	اينفيلتريشن	Infiltration
ارتشاح بولى	يوريناري اينفيلتريشن	Urinary infiltration
استمناء (جلد عميره)	ماستيربيشن	Masturbation
اعراض منذره	برودرومال سيمپتومز	Prodromal Symptoms
اعمال منعكسة	ريفليكس أكشن	Reflex Action
آفة الجرب	ساركوپتيس هومينيس	Sarcoptes Hominis
افراز شحمى على الحشفة	سميجما	Smegma
أكزيما الشفتين	أكزيما اوريس	Eczema Oris
أكنه جدرية	أكنى ڤاريوليفورميس	Acne Varioliformis
التهاب البربخ	إپيديديميتس	Epydidimitis
التهاب الجلد المتقشر	ديرماتيتيس ايكسفولياتيڤا	Dermatitis Exfoliativa
التهاب الحشفة	بالانيتيس	Balanitis
التهاب الحويصلات المنوية	سپيرماتوسيستيتيس	Spermatocystitis
التهاب السلامية الزهرى الوراثى	فالانجيتيس سيفيليتيكا كونجينيتاليس	Phalangitis Syphilitica Congenitalis
التهاب المثانة	سيستيتيس	Cystitis
التهاب بلحى زهرى وراثى	داكتيليتيس سيفيليتيكا كونجينيتاليس	Dactylitis Syphilitica Congenitalis
التهاب غددى ليمفاوى	ليمفادينيتيس	Lymphadenitis
التهاب مجرى البول البسيط	سيمپيل يوريثريتيس	Simple Urethritis
التهاب مفصلى سيلانى	جونوريال ارثريتيس	Gonorrheal Arthritis
الجهة الشادة	ايكستينسوسيد	Extensor side

الاصطلاحات العربية	الاصطلاحات الاجنبية بالعربية	الاصطلاحات الاجنبية بلغتها
الجهة القابضة	فليكسورسيد	Flexor side
الحفرة الزورقية	فوسسا نافيكيولاريس	Fossa Navicularis
الصفن	سكروتم	Scrotum
العضلة القابضة	كومبريسور يوريثرى	Compressor Urethræ
أنبوبة زرع الميكروبات	كلتشرتيوب	Culture tube
أنجريه محمره	اورتيكاريا ايفلورسينز	Urticaria efflorescens
انحباس فى البول	ريتينشيو يورينى	Retentio Urinæ
انزال المنىء ببطء	ايجاكيو لاشيو تاردا	Ejaculatio Tarda
انزال المنى بسرعة	ايجاكيو لاشيو بريكوكس	Ejaculatio *præcox*
ايديو سينكراسى	ايديوسينكراسى	Idiosyncrasy
اينترامين	اينترامين	Intramine
اينيسول	اينيسول	Enesol
بثره	بوستيول	Pustule
بظر	كليتوريس	Clitoris
بقع بيضاء صدفية	ليوكوديرماپسورياتيكوم	Leucoderma Psoriaticum
بول دموى	هيموجلوبينوريا	Hæmoglobinuria
تاج الحشفة	كوروناجلانديس	Corona Glandis
تآكل	ايروزن	Erosion
تصلب	اينديوريش	Induration
تسلسل البول	اينكونتينينس	Incontinence
تقرح	السيريشن	Ulceration
تولد	پروليفيريشن	Proliferation
جماع أو نكاح	كويتس	Coitus
جيوب مجرى البول	لاكيونى	*Lacunae*

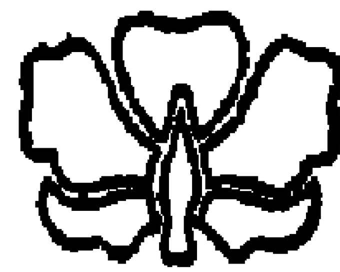
الاصطلاحات العربية	الاصطلاحات الاجنبية بالعربية	الاصطلاحات الاجنبية بلغتها
حبل منوى	سپيرماتيك كورد	Spermatic cord
حزاز خنازيرى	ليشين سكروفيولوزوم	Lichen scrofulosum
حزاز زهرى أى زهرى الحليمات الصغيرة	ليشين سيفليتيكوس	Lichen Syphiliticus
حزاز ياقوتى	ليشين روبر	Lichen Ruber
حزاز ياقوتى واضح	ليشين روبر پلانص	Lichen ruber planus
حلمات	پاپيلا	Papilla
حليمة	پاپيول	Papule
حليمى لطخى	پاپيولو ماكيولار	Papulo macular
حمراء زهرية	روپياسيفليتيكا	Rupia syphilitica
حيض	منسترويشن	Menstruation
خارج الداحس الزهري	پارونيكياسيفليتيكا	Paronychia syphilitica
خلايا مخاطية	ابيثيليال سيلز	Epithelial cells
داحس زهرى	اونيكيا سيفليتيكا	Onychia syphilitica
داحس زهرى جاف	اونيكياسيكاسيفليتيكا	Onychia sicca syphilitica
دور الحضانة	اينكيوبيشن	Incubation
رباط پوپارت	پوپارتس ليجامنت	Poupart's ligament
رجوع للظهور	ريكارنس	Recurrence
زهرى البقع البيضاء	ليوكوديرما - سيفليتيكا	Leucoderma syphilitica
زهرى الحليمات الصغيرة	ميلياري پاپيولار سيفيليس	Miliary papular syphilis
زهرى الحليمات الكبيرة	لينتيكيولو پاپيولار سيفيليس	Lenticulo-papular syphilis
زهرى القنابل	بومبين سيفليد	Bomben syphilid
زهرى توتى	فرامبيوزيفورم سيفيليس	Frambiosiform syphilis

الاصطلاحات العربية	الاصطلاحات الأجنبية بالعربية	الاصطلاحات الأجنبية بلغتها
زهري خبيث	سيفيليس ماليجنا	Syphilis maligna
زهري خبيي كاذب	سيفيليس كوريمبوزا	Syphilis corymbosa
زهري وراثي	كونجينيتال سيفيليس	Congenital syphilis
زهرية شانكرية	سيفيلوم شانكريفورم	Syphilome chancriforme
زيلبرسالفارسان	زيلبر سالڤارسان	Silbersalvarsan
سالفارسان (٦٠٦)	سالڤارسان (٦٠٦)	Salvarsan (606)
سكر في البول	جليكوزوريا	Glycosuria
سمحاق	پيريوستيوم	Periosteum
سنط تناسلي	ڤنيريال وارتس	Venereal warts
سيلان منوي	سپرماتوريا	Spermaturia
شانكر بثري	ايكثياتص شانكر	Ecthematous chancre
شانكر غير تناسلي	ايكسترا جينيتال شانكر	Extra-genital chancre
شانكر مجرى البول	يوريثرال شانكر	Urethral chancre
صلع المنطقة	ألوپيشيا أرياتا	Alopecia areata
صماخ القضيب	انتيريور ميتس	Anterior meatus
صمغية جلدية عميقة	صبكيوتينيص جما	Subcutanous gumma
ضيق التنفس الزهري	انجينا سيفيليتيكا	Angina syphilitica
ضيق بمجرى البول	ستريكتشر	Stricture
طبقة قرنية	ستراتم كورنيوم	Stratum corneum
طريقة (أونا — پاپنهيم)	(أونا — پاپنهيم) ميثود	Unna-Papenheim method
طفح عقدي	تيوبيرص ايرپشن	Tuberous eruption
طفح مبعثر	ديسيمينيد ايرپشن	Disseminated eruption
طفح ملتحم	كونفلوينت إيرپشن	Confluent eruption

الاصطلاحات الاجنبية بلغتها	الاصطلاحات الأجنبية بالعربية	الاصطلاحات العربية
Syphilitic polymorphism	سيفيليتيك پوليمورفيزم	ظهور الطفح الزهرى بشكل متعدد
Collier de Venus	كوليه دى ڤينيس	عقد الهة الحب أو الجمال
Abortive treatment	ابورتيڤ تريتمينت	علاج اجهاضى
Electrolysis treatment	ايليكترو ليسيس تريتمينت	علاج بالتحليل الكيماوى
Pericardium	پيريكار ديوم	غشاء القلب الخارجي
Endocardium	ايندوكارديوم	غشاء مبطن للقلب
Uvula	يوڤيولا	غلصمة
Pemphigus syphiliticus	پمفيجوس سيفيليتيكوس	فقاع زهرى
Vesicles	ڤيزيكلز	فقاقيع
Ulcera follicularia	اولسيرا فوليكيولاريا	قرحة رخوة جرابية
Inguinal canal	اينجوينال كانال	قناة اربية
Impetigo syphilitica	امپيتيجو سيفيليتيكا	قوبا صفراء زهرية
Frenum	فرينم	قيد القضيب
Mononuclears	مونونيوكليارز	كريات ذات نواة واحدة
Suspensorium	سوسپينسوريوم	كيس رافع
Macule	ماكيول	لطخه
Leucoplakia	ليوكوپلاكيا	لطع قرنية مزمنة
Soldier's patch	سولجيرز پاتش	لطعة عسكرية
Urethra	يوريثرا	مجرى البول
Undermined	انديرميند	محفور تحتها
Prurigo	پروريجو	مرض الحكه
Lupus Vulgaris	لوپوس ڤالجاريس	مرض الذئب البسيط
Paranoia	پارانويا	مرض الفكرة الخطأ

الاصطلاحات الأجنبية بلغتها	الاصطلاحات الاجنبية بالعربية	الاصطلاحات العربية
Prostata Kühle	پروستاتا كيله	مرطبة البروستاتا
Paradox serum	پارادوكس سيروم	مصل متناقض
Urethrometer	يوريثروميتر	مقياس مجرى البول
Cystoscope	سيستوسكوپ	منظار المثانة
Vaginoscope	ڤاچينوسكوپ	منظار المهبل
Urethoscope	يوريثروسكوپ	منظار مجرى البول
Spirochæta pallida	سپيروشيتا پاليدا	ميكروب الزهرى (سپيروشيتا پاليدا)
Gonococcus	جونوكوكس	ميكروب السيلان (جونوكوك)
Fibrous tissue	فيبرس تيشو	نسيج ليفى
Connective tissue	كونيكتيف تيشو	نسيج موصل أو نسيج خلوى
Goute militaire	جوت ميليتير	نقطة عسكرية
Sexual neurasthenia	سيكسيوال نورارستينيا	نيور استينيا تناسلية
Neosalvarsan (914)	نيوسالڤارسان (٩١٤)	نيوسالفارسان (٩١٤)
Tabes dorsalis	تابيس دورساليس	هزال النخاع الشوكى
Hydrargyrum atoxylicum	هيدرارچيروم اتوكسيليكوم	هيدارچيروم اتوكسيليكوم
Hydragyri-themolo-Aceteci	هيدرار جيرى تيمولو اسيتيكى	هيدرار جيرى تيمولو اسيتيكى
Herpes genitales	هيرپس چينيتاليس	هيرپس تناسلى
Herpes zoster	هيرپس زوستر	هيرپس منطقى
Roseola annularis	روزيولا انيولاريس	وردية حلقية
Roseole furfuracée	روزيول فيرفيراسيه	وردية خشكرية او نخاليه
Roseola syphilitica	روزيولا سيفيليتيكا	وردية زهرية

الاصطلاحات الاجنبية بلغتها	الاصطلاحات الأجنبية بالعربية	الاصطلاحات العربية
Condylomata lata	كونديلوماتا لاتا	ورم ثؤلولى مخنف
Indolent bubo	ايندولينت بيوبو	ورم ليس به التهاب حاد
Icterus	ايكتيروس	يرقان
Icterus Neonatorum	ايكتيروس نيوناتوروم	يرقان الطفولة
Colloidal Iodine	كوللو يدال أيودين	يود غلوى
Iodone	يودون	يودون
Iodipine	يوديپين	يودبپين



فهرست الرسوم

-o=o-

فهرست الجداول

فهرست الكتاب

صفحه

صحيفة

صفحة

مرض السيلان عند الرجال

صفحه

بعض الغلطات المطبعية

صفحة	سطر	خطأ	صواب
٩٧	٣	٢١	٢٦
١٠٤	١٧	٢٨	٣٤
١٠٩	٢٢ (الهامش)	٩٤	١٠٦
٤٢٦	١٦ »	1911	1921 (١)
٤٤٥	٢٥	ايكستينسوسيد	ايكستينسورسيد

(١) جاءت خطأ في بعض النسخ وصوابا في بعض النسخ .

تم طبع الكتاب في ٩ اكتوبر سنة ١٩٣١

دكتور فخرى ٨١ شارع الملكة نازلى القاهرة .

الضعف التناسلي

عند

الذكور والأناث

انواعه وطرق الوقاية منه وعلاجه

تأليف

الدكتور فخري

طبيب الجلد والامراض التناسلية

الضعف التناسلى هو أى نقص او اختلال فى طبيعة أو توازن قوى الأنسان التناسلية ، والعناصر التى تتركب منها قوى الأنسان التناسلية اجماليًا هى :—

(١) الرغبة التناسلية (٢) القدرة على القيام بالعملية التناسلية (٣) الاستمتاع بلذة الجماع الكبرى (٤) النجاح فى الغرض البيولوجى النهائى من هذه العملية ، أى التناسل ، بوجود عناصر انجاح التناسل سليمة عند الذكر والأنثى . وينقسم مؤلف « الضعف التناسلى » الى قسمين : —

(١) **الكتاب الاول** : الضعف التناسلى المخى :—

(ا) إنعدام الرغبة التناسلية الكلي،(ب) إنعدام الرغبة التناسلية الجزئى ، (ح) إنعدام اللذة التناسلية الكلى ، (ى) إنعدام اللذة التناسلية الجزئى .

(٢) **الكتاب الثانى** : (ا) الضعف التناسلى النخاعى (وهو يشمل انواع ضعف الجهاز العصبى التناسلى مع ما يصحبه من ضعف فى الجهاز العصبي العام). (ب) ضعف الاعضاء التناسلية ، (ح) الضعف النطفى التناسلى ، (ى) طرق الوقاية من هذه الأمراض وعلاجها . (لقد بدأنا طبع هــذا المؤلف وأوشك **الكتاب الاول** على النهاية ، وسيتم طبع الكتاب كله فى شهر يناير سنة ١٩٣٢) .

المرأة وفلسفة التناسليات

تأليف

الدكتور فخرى

طبيب الجلد والامراض التناسلية

ما هى التناسليات ؟ ، اسباب تأخر دراسة التناسليات ، المرأة واعضاؤها التناسلية، شخصية المرأة وتمركزها ، الآداب العامة وجمال المرأة ، جمال المرأة وفلسفة التناسليات، المرأة وحياتها الاجتماعية ، يقع فى ٦٥١ صفحة و به ٥١ رسماً .

أسرار الحياة الزوجية

تأليف الدكتور مارى ستوب

(طبعة ثانية منقحة ومكبرة)

. الدورية لخدمة الشرقيين وللحرص على سعادة الزوجين وسلامة العائلة
الاستاذ نقولا حداد ، عدد صفحاته ٣٢٥ وثمنه ١٥ قرشاً .


القاموس العصري
انكليزي عربي
و
عربي انكليزي
ELIAS
MODERN DICTIONARY

(تطلب من المطبعة العصرية ، صندوق البريد ٩٥٤ بمصر)

م
٣٥ القاموس العصري ، انكليزي عربي لالياس انطون الياس (طبعة ثانية مختصرة)
٧٠ » » » » » » » » (طبعة ثالثة مطولة)
٣٥ » » عربي انكليزي « » » (طبعة أولى مختصرة)
٧٠ » » » » » » » » (» ثانية مطولة)
٣٥ » المدرسي » وبالعكس » » » (طبعة جديدة مصوره)
٣٠ قاموس الجيب » » » » » » » » »
٢٠ » » » انكليزي » » » » » »
١٥ » » » انكليزي عربي » » » »
٧٠ » سقراط سبيرو بك ، عربي انكليزي (باللفظ) باللغة العربية الدارجة
٥٠ » » » » » انكليزى عربي (باللفظ) » » «
١٠٠ » » » » » » وبالعكس (باللفظ)
١٠ التحفة المصرية لطلاب الانكليزية (طبعة خامسة) لالياس انطون الياس
١٢ الهدية السنية لطلاب اللغة الانكليزية (باللفظ) » » »
١٠ الف كلمة الماني (كتاب لتعليم اللغة الالمانية بسهولة)
١٥ فى أوقات الفراغ (للدكتور محمد حسين هيكل بك) مزين بالصور
١٠ عشرة أيام فى السودان » » » » » » » »
١٢ مراجعات فى الادب والفنون ، للاستاذ عباس محمود العقاد » »
٢٠ روح الاشتراكية (لغوستاف لوبون) } ترجمة الاستاذ محمد عادل زعيتر
١٥ روح السياسة » »
١٠ الآراء والمعتقدات » »
٢٠ اصول الحقوق الدستورية (لايسمن) » » » » »
الحضارة المصرية (لغوستاف لوبون) ترجمة الاستاذ صادق رستم
مة الحضارات الاولى » » » » » »
لة الاشتراكية (للمستر رمزى مكدونالد) ترجمة الاستاذ محمود العرابى
سبيل في مذهب النشوء والارتقاء (للاستاذ اسماعيل مظهر)

مـ

١٠ اليوم والغد (للاستاذ سلامه موسى) مزين بالصور

١٠ مختارات سلامه موسى » » » » »

١٠ نظرية التطور واصل الانسان » » » » »

٢٠ أناتول فرانس في مباذله (للأمير شكيب ارسلان) مزين بالصور

١٥ الدنيا في اميركا (للاستاذ امين بقطر) » »

١٠ المرأة الحديثة وكيف نسوسها (للاستاذ عبد الله حسين المحامي)

١٠ حصاد الهشيم (للاستاذ ابرهيم عبد القادر المازنى)

١٠ قبض الريح » » » » »

٨ نسمات وزوابع ، شعر منثور مصور (للاستاذ نقولا يوسف) » »

١٠ رسائل غرام جديدة (للاستاذ سليم عبد الأحد) » »

١٠ الغربال فى الأدب العصرى (للاستاذ ميخائيل نعيمه)

١٠ التربية الاجتماعية (لعلى بك فكرى)

٥ خواطر حمار (ترجمة الاستاذ حسين الجمل) » »

٥ مركزُ المرأةِ فى شريعتيّ موسى وحمورابى (للعقاد)

٣ الحقوق الوطنية (لفرنسيس ميخائيل)

٥ المرأة بين الماضى والحاضر (للاستاذ محمود خيرت)

٥ التعليم والصحة (للدكتور محمد عبد الحميد بك)

١٥ الحبُّ والزواج (تأليف الاستاذ نقولا الحداد) » »

١٥ ذكراً وأنثى خلقهم » » » »

٥٠ علمُ الاجتماع (جزآن كبيران) » » » »

١٥ أسرار الحياة الزوجية ، طبعة ثانية ترجمة » » »

٢٠ المرأة وفلسفة التناسليات (الدكتور فخرى) » »

٣٠ الأمراض التناسلية وعلاجها والوقاية منها (للدكتور فخرى) » »

١٥ الزنبقه الحمراء (لاناتول فرانس وترجمة احمد الصاوي محمد) »

١٠ تاييس، طبعة ثانية » » » » » » »

٥ مكايد الحب فى قصور الملوك (للاستاذ أسعد خليل داغر)

١٠ القصص العصرية (٨٠ قصة كبيرة مصورة للاستاذ توفيق عب